

Gemeinschaftspraxis Dr. med. Sabine Bellmann / Nadine Godel
Ziegelhütter Straße 2, 66292 Riegelsberg

Praxis für Allgemeinmedizin - Naturheilverfahren - Akupunktur - Diabetologie -
Homöopathie Palliativmedizin - Ernährungsmedizin

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ab dem 25.Mai 2018 gilt die EU-Datenschutzgrundverordnung, die uns einerseits dazu verpflichtet, Sie über den Zweck, der Datenerhebung zu Ihrer Person zu informieren (Details hierzu finden Sie in der Patienteninformation an unseren Aushängen im Wartebereich und an der Anmeldung), gleichzeitig aber Ihr Einverständnis zur Erfüllung des Behandlungsvertrages und den daraus resultierenden Pflichten zu erhalten.

Deshalb bitten wir Sie um Unterzeichnung dieser Einwilligungserklärung, die Sie natürlich jederzeit schriftlich nicht von der Erteilung dieser Einwilligung ab.

Hiermit erkläre ich:

Name, Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

ausdrücklich meine Einwilligung, dass mich alle Mitarbeiterinnen sowie Ärztinnen der GP Dr. Bellmann/Godel in der Praxis / am Telefon mit meinem Namen ansprechen und für Untersuchungen in der Praxis aufrufen dürfen (z.B. zum Arzt, Labor, EKG etc.)

Für die Aktualisierung meiner Telefonnummer und Adresse in den Praxisdaten bin ich selbst verantwortlich.

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten (insbesondere Gesundheitsdaten), insofern sie für meine Diagnosen, Therapievorschlüsse und Behandlung sowie Antragsstellung bei Ämtern und Behörden wichtig und erforderlich sind, zwischen meinen behandelnden Arzt/Ärztinnen, Therapeut/innen und diesen Institutionen (z.B. Versorgungsamt, MDK, Versicherungen, Pflegedienste etc.) fernmündlich, schriftlich (per Brief, Fax oder E-Mail) mitgeteilt bzw. ausgetauscht werden dürfen.

Ich stimme weiterhin zu, dass auf meinen ausdrücklichen Wunsch Rezepte/Befunde/Krankenunterlagen oder sonstige in der Praxis vorhandenen Gesundheitsunterlagen meiner Person (z.B. Impfpässe, Krankenhausentlassungsberichte, Facharztbefunde usw.) an dafür von mir autorisierte Personen (z.B. Mitarbeiter von Apotheken, Pflegediensten, Verwandte und Bekannte (Vollmacht/Ausweis!!!) mitgeben werden dürfen.

Gemeinschaftspraxis Dr. med. Sabine Bellmann / Nadine Godel
Ziegelhütter Straße 2, 66292 Riegelsberg

Praxis für Allgemeinmedizin - Naturheilverfahren - Akupunktur - Diabetologie -
Homöopathie Palliativmedizin - Ernährungsmedizin

Ich bin damit einverstanden, dass die erforderlichen Daten zu
Abrechnungszwecken an die entsprechenden Institutionen (z.B. KV, PVS,
Helmsauer AG) übermittelt werden.

Bei notwendigen Hausbesuchen bin ich damit einverstanden, dass das Praxisauto
(möglicherweise als solches für Dritte erkennbar) vor dem Haus parkt und die
Ärztin/Praxismitarbeiterin (ebenfalls möglicherweise für andere erkennbar) das
Haus betritt.

Riegelsberg, _____
(Ort, Datum)

Name und Unterschrift Patient)

Gemeinschaftspraxis Dr. med. Sabine Bellmann / Nadine Godel
Ziegelhütter Straße 2, 66292 Riegelsberg

Praxis für Allgemeinmedizin - Naturheilverfahren - Akupunktur - Diabetologie -
Homöopathie Palliativmedizin - Ernährungsmedizin

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DES PATIENTEN
zur Erinnerung an Kontrolltermine, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen

Name: _____ Vorname: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail - Adresse: _____

Hiermit willige ich ein, dass mich die oben genannte Arztpraxis mittels

- Post
- Telefon
- SMS
- E-Mail

Kontaktiert, um mich an

- Kontrolltermine (z.B. Diabetes, Ultraschall, Verlaufskontrollen)
- Vorsorgeuntersuchungen
- Impfungen

zu erinnern.

Riegelsberg, _____
(Ort, Datum) (Name und Unterschrift Patient / Patientin)

Wir bitten Sie, uns umgehend mitzuteilen, wenn sich Ihre Kontaktdaten ändern.
Nur so können wir sicherstellen, dass die Mitteilungen an die richtigen Empfänger
versendet werden.

Wir weisen darüber hinaus darauf hin, dass die Benachrichtigungsweise SMS und
E-Mail unverschlüsselt sind und damit unter Umständen von unberechtigten
Dritten mitgelesen werden können .

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Praxis für

- Allgemeinmedizin • Naturheilverfahren
- Akupunktur • Diabetologie • Homöopathie
- Palliativmedizin • Ernährungsmedizin • Lipidologie

Praxis für Allgemeinmedizin • Dr. med. S. Bellmann, N. Godel • Ziegelhütter Str. 2 • 66292 Riegelsberg



Behandlungsvertrag

zwischen der hier genannten Praxis Dr. med. Sabine Bellmann/Nadine Godel und

Name + Geburtsdatum d. Patienten
wohnhaft in:

Name des Zahlungspflichtigen (wenn abweichend vom Patienten/
oder minderjähriger Patient):

Der oben genannte Patient ist bei der _____
krankenversichert.

Zusatzhinweise- zutreffendes bitte ankreuzen:

Beihilfeberechtigung

Post B

KVB I-III

KVB IV

Standardtarif nach §5b GOÄ

Basistarif

Notlagentarif

Kostenerstattung § 13, SGB V

Rechtsgrundlagen der Abrechnung:

Die Abrechnung aller Behandlungsmethoden erfolgt auf der Grundlage der amtlichen GOÄ vom 01.01.1996 unter Beachtung der aktuellen Empfehlungen für analoge Bewertungen durch die Bundesärztekammer und unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtslage.

Der Steigerungsfaktor für die einzelnen Leistungen liegt je nach Schwierigkeit und erforderlichem Aufwand zwischen 1,0 und 3,5 fachem Satz.

Da derzeit für viele neue oder von der Ausgangsposition inhaltlich erheblich abweichende Leistungen eine Gebührenziffer nach GOÄ nicht zur Verfügung steht, müssen diese durch analoge Bewertungen nach § 6, Abs. 2 GOÄ zum Ansatz gebracht werden.

Praxis für Allgemeinmedizin

Dr. med. Sabine Bellmann

Fachärztin Allg.-medizin & Akupunktur

Nadine Godel

Fachärztin Allg.-medizin & Diabetologie

Ziegelhütter Str. 2

66292 Riegelsberg

Tel.: 0 68 06 / 92 02 88

Fax: 0 68 06 / 30 60 426

Kreissparkasse Saarlouis

IBAN:

DE90 5935 0110 0370 0522 43

BIC:

KRSADE55XXX



Erfahrungsgemäß ist die Erstattung der hierdurch entstehenden Honorarforderung durch die privaten Krankenversicherungen und/oder Beihilfestellen nicht immer problemlos gewährleistet, wodurch für den Patienten ein nicht erstattungsfähiger Kostenanteil verbleiben kann.

Aus diesem Behandlungsvertrag entsteht dem Arzt nach der Leistungserbringung ein Honoraranspruch, der nach den Vorschriften der GOÄ durch eine korrekte Rechnung nach § 12 geltend gemacht wird.

Mit Erhalt der Rechnung ist die Rechnungssumme sofort fällig. Innerhalb von 30 Tagen entsteht automatisch Verzug (§ 286 Abs. 3 BGB).

Der Patient hat bei Vorliegen der Voraussetzungen einen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten gegenüber den privaten Kostenträgern, wobei die Höhe der Erstattung von der Tarifwahl (bei Kostenerstattungsfällen vom Sach- und Dienstleistungsprinzip der GKV) abhängig ist.

Daraus resultierende Kürzungen des Rechnungsbetrages durch die PKV/GKV berechtigen den Patienten nicht dazu, seinerseits nur den gekürzten Betrag zu begleichen (Fälligkeit der Arztrechnung: Urteil des BGH vom 21.12.2006 - III ZR 117/06).

Der Versicherte hat die Möglichkeit, bei ungerechtfertigtem Kürzungen der PKV seine Forderung gegenüber der Krankenversicherung auf dem Schlichtungs- oder Rechtsweg durchzusetzen.

Eine Abtretung des Erstattungsanspruches des Patienten gegenüber seinem privaten Kostenträger in Höhe der Gesamthonorarforderung oder von Teilbeträgen wird hiermit ausgeschlossen.

Prüfen Sie Ihren Versicherungsvertrag auf mögliche Ausschlüsse und Selbstbehalte.

Fragen Sie im Zweifelsfall bei Ihrer Versicherung nach, ob die Kosten für spezielle Therapieverfahren übernommen werden.

Lassen Sie sich die Entscheidung des Kostenträgers schriftlich mitteilen.

Beachten Sie in diesem Zusammenhang bitte unbedingt die Ausschlussrichtlinien der Beihilfestellen, falls Sie Anspruch auf entsprechende Erstattung haben.

Wichtiger Hinweis für Beihilfeberechtigte:

Seit 01.01.2007 gelten wesentliche Änderungen im Beihilferecht.

Verordnungsfähige, aber nicht verordnungspflichtige Medikamente sind bis auf wenige Ausnahmen nicht mehr behilfefähig.

Erklärung des Arztes:

Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung, über Art und Umfang der Leistungen wird der/die

Patienti/in entsprechend aufgeklärt. Über das medizinisch notwendige Maß hinausgehende Leistungen oder Leistungen auf Verlangen des Patienten werden im Rahmen dieses Behandlungsvertrages nicht erbracht.

Einverständniserklärung des Patienten/Zahlungspflichtigen:

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, die Abrechnungserläuterungen zur Kenntnis genommen zu haben. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage. Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann.

Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern, z.B. Laborarzt, in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehme.

Riegelsberg, 25.11.2025

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Arztes