

## Behandlungsvertrag Ärztliche Praxis für Integrative Medizin Sabine Kurpgoweit

Privatärztlicher Behandlungsvertrag  
(Selbstzahler- und Privatleistungen / Individuelle Gesundheits- Leistungen IGeL)  
zwischen

Frau Sabine Kurpgoweit  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Ärztliche Praxis für Integrative Medizin  
Bloherfelder Str. 165, 26129 Oldenburg  
– nachfolgend „Ärztin“ –

und

Patient:in

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

☐ privat versichert ☐ gesetzlich versichert (Selbstzahler)  
– nachfolgend „Patient:in“ –

### §1 Vertragsgegenstand

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die privatärztliche Behandlung im Bereich der funktionellen, integrativen und komplementärmedizinischen Medizin.
- (2) Die Behandlung erfolgt außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung. Ein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung besteht nicht.
- (3) Bei gesetzlich versicherten Patient:innen handelt es sich um individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) im Sinne der §§ 630a ff. BGB.

### §2 Medizinische Einordnung

- (1) Die angebotenen Leistungen sind nicht medizinisch notwendig im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung, können jedoch aus ärztlicher Sicht medizinisch sinnvoll oder wünschenswert sein.
- (2) Die Patientin / der Patient wurde darüber informiert, dass:
  - kein Anspruch auf Erstattung durch gesetzliche Krankenkassen besteht,
  - private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen die Kosten ganz oder teilweise ablehnen können,
  - ein bestimmter Behandlungserfolg nicht geschuldet wird.
- (3) Alternativen, einschließlich der Möglichkeit, auf einzelne Leistungen zu verzichten, wurden erläutert.

### **§3 Aufklärung, Information und Einwilligung**

(1) Die Patientin / der Patient erklärt, sich vor Aufnahme der Behandlung über:

- Art und Ausrichtung der privatärztlichen Leistungen,
- deren Status als Selbstzahlerleistungen,
- sowie über die grundsätzliche Kostenpflicht

informiert zu haben (z. B. über Praxisinformationen, Homepage oder Terminunterlagen).

(2) Eine weitergehende ärztliche Aufklärung erfolgt situations- und behandlungsbezogen im Rahmen der Behandlung.

(3) Die Einwilligung in die Behandlung erfolgt freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

### **§4 Freiwilligkeit und Unabhängigkeit**

(1) Die Inanspruchnahme der Leistungen erfolgt ausschließlich auf Wunsch der Patientin / des Patienten.

(2) Die Entscheidung für oder gegen einzelne privatärztliche Leistungen hat keinen Einfluss auf andere medizinisch notwendige Behandlungen.

### **§5 Vergütung und Abrechnung**

(1) Die Vergütung erfolgt ausschließlich als Privatleistung.

(2) Die Abrechnung erfolgt:

- nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung,
- unter Anwendung von Steigerungssätzen sowie
- ggf. unter Verwendung von Analogziffern gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ, insbesondere bei funktionellen, integrativen oder komplementärmedizinischen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis nicht ausdrücklich enthalten sind.

(3) Ein Vertragsverhältnis besteht ausschließlich zwischen Ärztin und Patient:in. Ein Erstattungsanspruch gegenüber Dritten besteht nicht.

### **§6 Fremdleistungen**

(1) Sofern im Rahmen der Behandlung Leistungen durch Dritte (z. B. Labore, externe Ärzt:innen, Diagnostikstellen) erforderlich werden, erklärt sich die Patientin / der Patient hiermit einverstanden.

(2) Die hierdurch entstehenden Kosten sind unmittelbar von der Patientin / dem Patienten zu tragen, sofern nichts anderes ausdrücklich vereinbart wurde.

### **§7 Online- und Videobehandlung**

(1) Die Behandlung kann – sofern medizinisch vertretbar – auch per Video- oder Onlinekonsultation erfolgen.

(2) Der Patient erklärt sich damit einverstanden, dass in diesem Fall:

- die Beratung ggf. ohne körperliche Untersuchung erfolgt,
- hieraus diagnostische oder therapeutische Einschränkungen resultieren können.

(3) Die Abrechnung erfolgt auch in diesen Fällen gemäß §5 dieses Vertrages.

### **§8 Rücksendung des Behandlungsvertrages / Terminvoraussetzung**

(1) Dieser Behandlungsvertrag ist von der Patientin / dem Patienten spätestens drei Kalendertage vor dem vereinbarten Behandlungstermin unterschrieben an die Praxis zurückzusenden, entweder

- postalisch oder
- per E-Mail (Scan oder Fotokopie).

(2) Geht der unterschriebene Vertrag nicht fristgerecht ein, behält sich die Ärztin ausdrücklich vor, den vereinbarten Termin ihrerseits zu stornieren, ohne dass hieraus Ansprüche der Patientin / des Patienten entstehen.

### **§9 Ausfallhonorar / Nichterscheinen**

(1) Die vereinbarten Behandlungstermine sind exklusive Termine, die speziell für die Patientin / den Patienten reserviert werden.

(2) Wird ein verbindlich vereinbarter Termin:

- nicht wahrgenommen oder
- weniger als 24 Stunden vor dem Termin abgesagt, ist die Ärztin berechtigt, ein Ausfallhonorar in Höhe des Honorars zu berechnen, das dem für den Termin vorgesehenen Zeitfenster entspricht.

(3) Dies gilt nicht, wenn die Patientin / der Patient ohne eigenes Verschulden am Erscheinen gehindert war.

(4) Der Nachweis eines geringeren oder fehlenden Schadens bleibt der Patientin / dem Patienten vorbehalten.

### **§10 Haftung**

(1) Die Behandlung erfolgt nach den anerkannten fachlichen Standards.

(2) Eine Haftung für den Eintritt eines bestimmten Behandlungserfolges ist ausgeschlossen, soweit gesetzlich zulässig.

(3) Die Haftung für Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit bleibt unberührt.

### **§11 Datenschutz**

(1) Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

(2) Die Patientin / der Patient bestätigt, die Datenschutzhinweise der Praxis zur Kenntnis genommen zu haben.

### **§12 Schlussbestimmungen**

(1) Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform.

(2) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit der übrigen Regelungen unberührt.

(3) Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

### **Einwilligungserklärung**

Ich bestätige,

- dass ich die privatärztliche Behandlung wünsche,
- dass mir die Kostenpflicht bekannt ist,
- dass ich die Kosten selbst trage.

Meine Befunde/Rechnungen möchte ich als E-Mail erhalten

☐ JA      ☐ NEIN

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:in:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärztin: