

# Behandlungsvertrag

zwischen

**Berufsausübungsgemeinschaft  
Marko Schreiner / Florian Kuntze**



und

Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefon*	
E-Mail*	
Beruf*	
Krankenkasse*	

*\* freiwillige Angaben*

- im folgenden Patient genannt.

Der Patient/die Patientin wünscht die Beratung, Untersuchung und Behandlung sowie die Berechnung der erbrachten Leistungen nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte), in der jeweils gültigen Fassung, durch die oben genannte Praxis.

Der Patient/die Patientin verpflichtet sich, das nach der GOÄ (unter Beachtung der Höchstsätze nach §12 GOÄ) berechnete Honorar selbst zu tragen, auch wenn Versicherungen und/oder Beihilfestellen es nicht oder nicht im vollen Umfang übernehmen.

Leistungen, die durch Dritte erbracht werden (z. Bsp. Labor, Pathologie, etc.) werden durch diese unmittelbar berechnet. Der Patient/die Patientin wird auch diese Rechnungen nach Erhalt begleichen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in/  
gesetzl. Vertreter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt

bitte wenden →

## Datenschutz

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: zur Pflege der Kontaktdaten, zur Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen sowie zur Kontrolle und Erlangung des Forderungsausgleiches. Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an andere Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Labore, Krankenkassen, den Abrechnungsstellen der Praxis Marko Schreiner und Inkassounternehmen weitergegeben oder übermittelt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- ✓ die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- ✓ die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- ✓ Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- ✓ Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- ✓ Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

**Berufsausübungsgemeinschaft**  
**Marko Schreiner / Florian Kuntze**  
Mühlstraße 21b  
04651 Bad Lausick

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Die „**Patienteninformation zum Datenschutz**“ habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich gemäß obigem Text über die Behandlung und den Datenschutz aufgeklärt worden zu sein.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient/-in/gesetzl. Vertreter