

Privatbehandlungsvertrag:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich Willkommen im **MVZ Dermatologie an der Oper**. Wir freuen uns, dass Sie Ihre Gesundheit uns anvertrauen. In Ihrem Interesse dürfen wir Sie um folgende Angaben bitten

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ **Mobil:** _____

Straße: _____ **PLZ/Wohnort:** _____

Name der Krankenversicherung: _____

Besondere Versicherungen: Normaltarif Post B KVB I-III
 Basistarif (Mit Zuzahlung !)
 Studententarif Selbstzahler

Beihilfe: ja [] nein []

Bei abweichender Rechnungsempfänger/Hauptversicherter:

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ **PLZ/Wohnort:** _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Jameda Google Sonstige Internetseiten
 Bekannte Familie Hausarzt

Sonstiges: _____

Einverständniserklärung des/der Patienten/in und Zahlungspflichten:

Mit nachstehender Unterschrift bestätigte ich ebenfalls, die Abrechnungshinweise zur Kenntnis genommen zu haben. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage, sofern eine Leistung (so genannte Igel- oder Privatabrechnungsleistung) in Anspruch genommen wurde, die von meiner Krankenkasse nicht übernommen wird und meine Daten zum Zwecke der Abrechnung an die **PVS Niedersachsen** (Osterstraße 60, 30159 Hannover) weitergeleitet werden.

Ich bin darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann. Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Abrechnungsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern (z. B. Laborarzt) in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehmen.

Wir bitten Sie, vereinbarte Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls müssen wir Ihnen die Behandlung in Rechnung stellen.

Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Die Patienteninformation zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 DSGVO liegen im **MVZ Dermatologie an der Oper** aus.

Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 DSGVO zur Kenntnis genommen.

Hannover, den _____
Unterschrift Patient ggf. gesetzlicher Vertreter

Hiermit bestätige ich gegenüber dem **MVZ Dermatologie an der Oper**, dass der gesetzliche Vertreter mindesten 18 Jahre alt ist und ein gültiges Ausweisdokument für die Altersprüfung besitzt.