Ambulanter
Behandlungsvertrag

Dr. med. Wolfgang Margraf
Weidenloh 3
91278 Pottenstein

# Stammdatenerfassung:

Bitte deutlich lesbar in Druckbuchstaben ausfüllen

| | |
|---|---|
| Vorname: | |
| Nachname: | |
| Straße: | |
| PLZ, Wohnort: | |
| Geburtsdatum: | |
| Versicherter: | |
| Telefonnummer: Privat: | |
| Arbeit: | |
| Mobil: | |
| Email: | |
| Gesetzliche Krankenkasse: | |
| Zusatzversicherung: | |
| Private Krankenversicherung: | |
| Hausarzt: | |
| Straße: | |
| PLZ, Ort: | |

# Ambulanter Behandlungsvertrag

Dr. med. Wolfgang Margraf
Weidenloh 3
91278 Pottenstein

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Sie haben sich für die Behandlung nach den Methoden der Chinesischen Medizin in meiner privatärztlichen Praxis entschieden.

Diese Art von Behandlung umfasst außer den üblichen ärztlichen Verfahren eine spezielle Anamnese (Krankengeschichte einschließlich Befindensstörungen) sowie besondere Untersuchungstechniken wie Zungen- und Pulsdiagnostik. Im Vordergrund der Therapieverfahren steht die individuell an den Patienten angepasste Chinesische Arzneimitteltherapie (Phytotherapie). Unterstützend zu dieser Behandlung kommen Akupunkturbehandlungen und entsprechende Körpertherapien zum Einsatz. Erweiternd zur Akupunktur kann ggf. der Punkt mit Hitze (Moxa) oder mit Schröpfkopf behandelt werden.

Sie als Vertragspartner verpflichten sich, als **Selbstzahler** die Zahlung des Entgeltes nach den geltenden Tarifen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu zahlen, wobei die Schwellenwerte der GOÄ ggf. ausgeschöpft werden. Das Tarifwerk GOÄ liegt zur Einsichtnahme im Wartezimmer aus. Die Vergütung wird gem. § 12 GOÄ fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine entsprechende Rechnung erteilt wurde. Ich weise darauf hin, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Da die verordneten Arzneimittel nicht in allen Apotheken vorrätig geführt werden, bitte ich Sie um Mitteilung, an welche Apotheke auf Ihren Wunsch die Rezepte weiter geleitet werden sollen.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift des Patienten

Praxisstempel

# Verpflichtungserklärung

Dr. med. Wolfgang Margraf
Weidenloh 3
91278 Pottenstein

Vorname und Name: _____

Hiermit verpflichte ich mich den vereinbarten Termin zur Erstanamnese und die weiteren Folge-Termine in der Praxis Margraf wie vereinbart wahrzunehmen.

Sollte ich verhindert sein, verpflichte ich mich weiterhin, den vereinbarten Termin mindestens 48 Stunden vorher abzusagen: per Mail, Fax oder per Telefon.

Sollte es nicht möglich sein diese 48-Stunden-Frist einzuhalten, z.B. wegen einer akuten Erkrankung, ist ein ärztliches Attest vorzuweisen.

Im Falle der Nichteinhaltung dieser Vereinbarungen werde ich für dem finanziellen Ausfall in vollem Umfang nachkommen.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift des Patienten

Praxisstempel

# Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Dr. med. Wolfgang Margraf
Weidenloh 3
91278 Pottenstein

Vorname und Name: _____

Wir weisen nach der DS-GVO darauf hin, dass Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich für hausinterne, administrative und informative Zwecke, sowie für medizinische oder therapeutische Zwecke verarbeitet und ggf. weitergeleitet werden.

Eine Weiterleitung Ihrer Daten ergibt sich dabei beispielsweise aus der medizinischen Notwendigkeit heraus (Meldepflicht bei bestimmten Erkrankungen, Einholung externer ärztlicher Dienste, wie z.B. Laborarzt oder Konsile, Verlegungen in andere Krankenhäuser, sowie weitere therapeutische Leistungen und Apotheken).

Mit der Datenübermittlung bin ich einverstanden.
Diese Einverständniserklärung gilt bis auf Widerruf (schriftlich zu richten an Dr. Wolfgang Margraf, Weidenloh 3, 91278 Pottenstein)

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift des Patienten

Praxisstempel