

## Vereinbarung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung

Zwischen: Dr. med. Barbara Lindemann, Berliner Straße 139, 14467 Potsdam und

---

Name Vorname

---

Straße, Nr. PLZ, Ort

Bei Kindern:

Vertreten durch:

---

Name Vorname

---

Anschrift, falls abweichend

Wird folgende Vereinbarung getroffen:

Die Parteien sind sich darüber einig, dass die folgende Behandlung auf privatärztlicher Basis durchgeführt werden soll.

Die Behandlungskosten setzen sich zusammen wie folgt:

Ziffer GOÄ	Leistungstext	Faktor	Preis
1	Anamnese/Beratung	2,3 3,5	10,72€ 16,32€
6	Allgemeine Untersuchungsleistung	2,3	13,41€
34	Umfassende Beratung (Operation/Allergologie)	2,3	40,22€
<input type="checkbox"/>	1415 Ohrmikroskopie	2,3	12,20€
<input type="checkbox"/>	1418 Nasenrachenendoskopie	2,3	24,13
<input type="checkbox"/>	1530 Kehlkopf - Lupenlaryngoskopie	2,3	24,40
<input type="checkbox"/>	1466 Nasennebenhöhlen – Endoskopie (je Seite)	2,3	23,86€
<input type="checkbox"/>	1416 Stroboskopie der Stimmlippen	2,3	16,22€
<input type="checkbox"/>	A409 Ultraschall der Nasennebenhöhlen	2,3	26,81€
<input type="checkbox"/>	1565 Zerumenentfernung (auch beidseitig)	2,3	6,03€
<input type="checkbox"/>	1407 Impedanzmessung am Trommelfell (auch beidseitig)	2,3	24,40€
<input type="checkbox"/>	1403 Tonschwellenaudiometrische Untersuchung (Hörtest)	1,8	16,58€
<input type="checkbox"/>	1406 Kinderaudiometrie (Hörtest)	1,8	19,09€
<input type="checkbox"/>	1408 Audiovestibuloelektroenzephalographische Untersuchung (Hörschwellenbestimmung)	2,3	119,05€
<input type="checkbox"/>	1409 Messung otoakustischer Emissionen	2,3	53,52€
<input type="checkbox"/>	1555 Basis Untersuchung der Sprache /Mundmotorik nach standardisierten Verfahren	2,3	15,95€
<input type="checkbox"/>	855 Spezifische Analyse Sprache (je Test)	1,8	75,75€
<input type="checkbox"/>	1556 Basis Stimmanalyse	2,3	15,95€

<input type="checkbox"/>	75	Schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (Brief an Überweiser /Hausarzt)	2,3	17,43€
<input type="checkbox"/>	1412	Prüfung des statischen Gleichgewichts	2,3	12,20€
	826	gezielte neurolog. Gleichgewichts -und Koordinationsprüfung	2,3	13,27€
	250	Blutentnahme	1,8	4,20€
	298	Abstrich	2,3	5,36€

### Diagnose:

Die Vereinbarung ist auf Wunsch des Patienten zustande gekommen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Ausschlaggebend für die Entscheidung war, dass die gewünschte Behandlung nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist.
- Ausschlaggebend für die Entscheidung war, dass die gewünschte Behandlung zwar Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist, der Patient jedoch aus persönlichen Gründen eine privatärztliche Behandlung und Liquidation wünscht.

Die vereinbarte Behandlung kann nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Es besteht gegenüber der Krankenkasse kein Anspruch auf Kostenerstattung, weder ganz noch teilweise. Dies gilt auch, wenn der Patient zwar eine private Krankenversicherung unterhält, dieser jedoch Leistungen nach dem Basistarif vorsieht. Der behandelnde Arzt wird diese Leistung privatärztlich auf Basis der GOÄ liquidieren. Diese ist von dem Patienten zu bezahlen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient /Vertreter

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

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,  
Meine Rechnung bearbeitet die PVS Sachsen. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsaufgaben bleiben mehr Ruhe und Zeit für die Patienten. Die PVS Sachsen ist eine berufsständische Gemeinschaftseinrichtung, die von Ärzten und Zahnärzten gegründet worden ist und durch diese geleitet wird. Auch die Mitarbeiterinnen der PVS unterliegen, wie jeder Arzt oder Zahnarzt, den Bestimmungen zur Schweigepflicht gemäß §203 StGB sowie den Bestimmungen zum Datenschutz. Meine Honorarforderungen trete ich an die PVS Sachsen ab (§398 BGB). Im Falle eines Rechtsstreites ist die PVS Sachsen Prozesspartei. Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung zur Weitergabe der zu Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Tarife, Diagnosen und Verläufe sowie Art und Umfang der erbrachten Leistungen – auch durch weitere Leistungserbringer – zu erklären sowie der Abtretung der Honorarforderung an die PVS Sachsen zuzustimmen. Die PVS ist Ihr kompetenter Partner für alle Fragen im Zusammenhang mit der Abrechnung meiner erbrachten Leistung. Sie unterliegt meinen Weisungen. Sie können auch einzelne Behandlung von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste ich (als Leistungserbringer/Arzt) selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht. Ihre Einwilligung erfolgt freiwillig und gilt auch für zukünftige Behandlungen. Sie haben das Recht, Ihr Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich zu widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig.  
Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Vertreter