

## Vertrag über die ambulante wahlärztliche Behandlung

Patient	Antragsteller
Name, Vorname	Name, Vorname
Geb.-Datum	Geb.-Datum
Straße	Straße
PLZ, Wohnort	PLZ, Wohnort

Göttingen, den \_\_\_\_\_

Ich beantrage für mich ( ) für den durch mich / uns vertretenen ( )

für die ambulante Behandlung in der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) ab dem \_\_\_\_\_ die Gewährung wahlärztlicher Behandlung durch alle an der Behandlung beteiligten Wahlärzte, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten, insbesondere Labor- und Röntgenleistungen oder ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb der UMG. Zur wahlärztlichen Behandlung berechtigt sind die liquidationsberechtigten Ärzte der UMG. Die gleichen Leistungen kann auch die UMG durch ihre nicht liquidationsberechtigten Wahlärzte (Ärzte, die über besondere Fähigkeiten und Qualifikationen in ihrem Fachgebiet verfügen) erbringen. Die Abrechnung der wahlärztlichen Leistungen kann über eine „Privatärztliche Verrechnungsstelle“ oder andere Einrichtungen erfolgen.

Bei der Behandlung durch einen nicht liquidationsberechtigten Wahlarzt der UMG erfolgt eine gesonderte Abrechnung der privatärztlichen Leistungen nach der GOÄ / GOZ (Gebührenordnung für Ärzte / Zahnärzte) durch die UMG oder durch eine von der UMG beauftragte Abrechnungsstelle, namentlich die Firma UNIMED – Sitz: Auf der Heide 17-19, 66687 Noswendel. **Ich erteile hiermit die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass die Universitätsmedizin Göttingen die zur Abrechnung erforderlichen wesentlichen Daten der Behandlung, insbesondere solche aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Befunde, Behandlungsverläufe), auch soweit es sich dabei um „besondere Arten personenbezogener Daten“ i.S. v. § 3 Abs. 9 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) handelt, der damit beauftragten Abrechnungsstelle (s.o.), ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Einzuges der Rechnungsforderung zur Verfügung zu stellen. Ferner erteile ich die Zustimmung, dass die beauftragte Abrechnungsstelle Subunternehmer für die Abrechnung von privatärztlichen Leistungen beschäftigen darf. Insoweit entbinde ich die Wahlärzte bzw. die Ärzte der Universitätsmedizin Göttingen, sowie dessen nichtärztliches Personal ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.<sup>1</sup>**

Die wahlärztlichen Leistungen werden von dem jeweiligen Wahlarzt der UMG oder der ärztlich geleiteten Einrichtung außerhalb der UMG persönlich erbracht. Die Delegationsfähigkeit von Leistungen im Sinne der GOÄ bleibt davon unberührt.

Für den Fall der Verhinderung des Wahlarztes,

Herrn Prof. Dr. A.Fischer \_\_\_\_\_,

bin ich mit der Übernahme seiner / ihrer Aufgaben durch seine / ihre Stellvertreter

Herrn / Frau Prof. Dr. J. Schanz, PD Dr. Dr. M. T. Schnelle \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ einverstanden.

### Haftungsausschluss bei liquidationsberechtigten Ärzten

Bei der Behandlung in einer von einem liquidationsberechtigten Arzt geleiteten Abteilung kommt ein gesonderter Vertrag mit diesem zustande. In diesem Fall haftet der liquidationsberechtigte Arzt persönlich für mögliche Ansprüche aus dem Behandlungsverhältnis. Dies gilt insbesondere für deliktische Schadensersatzansprüche. Der Krankenträger haftet in diesen Fällen nicht für eine etwaige Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht.

**Ich verpflichte mich, die Gebühren für die ärztlichen Wahlleistungen an die UMG bzw. an den liquidationsberechtigten Arzt, bzw. an die beauftragte Abrechnungsstelle zu entrichten. Die Abrechnung von Wahlleistungen erfolgt daher immer zwischen UMG bzw. liquidationsberechtigten Arzt und mir. Damit ist eine Abrechnung der Wahlleistungen zwischen UMG bzw. liquidationsberechtigten Arzt und meiner Krankenkasse, Versicherung oder Beihilfestelle ausgeschlossen.**

### Verordnung und Abrechnung von Medikamenten und Materialien

Ich stimme der Verordnung von während der ambulanten Behandlung verbrauchten Medikamenten oder Materialien und der Belieferung durch die Apotheke der UMG zu. Belieferte Verordnungen für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel können zu den jeweils gültigen Abrechnungspreisen gemäß Arzneimittelpreisverordnung oder, im Falle festgesetzter Fest- oder Höchstbeträge zu dem jeweiligen Betrag durch die UMG selbst oder eine hiermit beauftragte Abrechnungsstelle abgerechnet werden.

Eine *Durchschrift* dieses Vertrages habe ich erhalten.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. seines Vertreters  
(bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitarbeiters der UMG

<sup>1</sup> Die Mitarbeiter der Abrechnungsstelle unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes. Die Einverständniserklärung kann von Ihnen jederzeit gegenüber der UMG widerrufen werden.