

## Behandlungsvertrag mit der „Kinderchirurgie am Holstentor“

Hiermit wird ein **Vertrag** zwischen dem Patienten

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

bzw. dessen Eltern Frau/Herrn :

Versicherung des Patienten:

und den Ärztinnen der „Kinderchirurgie am Holstentor“ Frau Dr. Andrea Ortfeld und Frau Dr. Franziska Back-Petersen, die in einer **Berufsausübungsgemeinschaft in der rechtlichen Form einer Partnerschaftsgesellschaft** zusammen arbeiten, zur ambulanten Diagnostik und Therapie geschlossen.

Mit Unterschrift dieses Vertrages erhält der Patient Untersuchungen, mögliche Diagnostik und Therapie durch eine der beiden Ärztinnen, wobei wir bemüht sind Wünsche der Patienten die Arztwahl betreffend zu respektieren und versuchen eine Kontinuität bei einer der Ärztinnen zu gewährleisten, sofern dies vom Patienten gewollt und im Praxisbetrieb möglich ist.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit formlos und schriftlich widerrufen werden.

Die Kosten, die durch die Therapie entstehen, werden von dem Patienten, bzw. dessen Eltern, selber getragen, sofern seine Krankenkasse die Kosten nicht übernimmt. Es wird in Anlehnung an die „Gebührenordnung für Ärzte – GÖÄ“ abgerechnet.

Dieser Vertrag gilt bis auf schriftlichen Widerruf, dieser kann formlos und schriftlich gekündigt werden.

Ggf. Anschrift in der Heimat:

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. seine(r/s) Erziehungs/-Sorgeberechtigten

Ich bin damit einverstanden, dass ggf. unsere erforderlichen Daten zur Untersuchung und Abrechnung z.B. an die

Norddeutschen Anästhesisten, Weberkoppel 36 A, 23562 Lübeck

oder

Laborärztliche Gemeinschaftspraxis Lübeck, Von-Morgen-Strasse 3, 23564 Lübeck

oder

Die Gemeinschaftspraxis für Pathologie, Pferdemarkt 12, 23552 Lübeck

oder andere Weiter- und Mitbehandler

weitergegeben werden.

dies wünsche ich **nicht**.

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. seine(r/s) Erziehungs/-Sorgeberechtigten

## Schweigepflichtsentbindung

Zusätzlich erteilt uns der Patient bzw. sein(e) Erziehungsberechtigte(r) hiermit widerruflich eine **Schweigepflichtsentbindung** und die Genehmigung seine Daten, in seinem Sinne, an den behandelnden Kinder- oder Hausarzt oder andere in die Therapie mit einzubeziehende Ärzte weiterzugeben. Außerdem dürfen im Sinne der besten Diagnostik und Therapie Vorbefunde bei anderen Ärzten angefordert werden.

Dieser Schweigepflichtsentbindung gilt bis auf schriftlichen Widerruf, diese kann formlos und schriftlich gekündigt werden. Fragen Sie uns gerne, wir geben Ihnen einen Vordruck.

Um unsere gemeinsame Arbeit zu erleichtern, ist es hilfreich, wenn Sie uns gestatten, von unserer Seite aus Kontakt zu Ihnen aufzunehmen. Dies kann unter den von Ihnen angegebenen Möglichkeiten erfolgen.

Wenn Sie mit einer **Kontaktaufnahme** einverstanden sind, füllen Sie uns bitte die Felder aus, unter denen Sie von uns kontaktiert werden möchten.

Telefon privat:

Telefon geschäftlich:

Mobilfunknummer:

Fax:

E-Mail:

(bitte haben Sie Verständnis dafür, dass von uns aus Gründen des Datenschutzes keine medizinischen Daten per E-Mail verschickt werden können. )

Ich bin damit einverstanden, dass ich in einzelnen Fällen auch unverschlüsselte e-Mails erhalte, sofern diese keine relevanten medizinischen Daten enthalten.

Kinderarzt:

Hausarzt:

Ich bin mit der Kontaktaufnahme durch die Praxis **nicht** einverstanden.

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. seine(r/s) Erziehungs/-Sorgeberechtigten