

Behandlungsvertrag

zwischen der Martini-Klinik am UKE GmbH, Hamburg
- Privatklinik nach § 30 GewO -
und

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

über die Inanspruchnahme einer ambulanten Behandlung / Beratung / Zweitmeinung

Ich wünsche die ambulante ärztliche Behandlung/Beratung durch Ärzte der Martini-Klinik am UKE GmbH. Die Martini-Klinik am UKE GmbH ist eine Privatklinik nach § 30 GewO ohne Kassenzulassung für ambulante Behandlungen.

Mir ist bekannt, dass die Martini-Klinik aus diesem Grund ihre Leistungen ausschließlich mit mir direkt abrechnet.

Die Berechnung der Leistungen erfolgt nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Diese Gebührenordnung hat mir ebenso wie die allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) zur Einsichtnahme vorgelegen.

Mir ist weiterhin bekannt, dass erforderliche fachübergreifende ärztliche Leistungen, z. B. im Bereich der Pathologie, Mikrobiologie oder Labormedizin, separat vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) nach den Bestimmungen der GOÄ berechnet werden.

Der Steigerungsfaktor richtet sich nach der Schwierigkeit, den Umständen der Ausführung und dem Zeitaufwand der einzelnen Leistung.

Ärztliche Leistungen werden zwischen dem 2,3fachen und dem 3,5fachen, technische Leistungen zwischen dem 1,8fachen und dem 2,5fachen und Laborleistungen zwischen dem 1,15fachen und dem 1,3fachen des Gebührensatzes berechnet.

Ich bestätige, seitens der Martini-Klinik am UKE GmbH darüber aufgeklärt worden zu sein, dass ich gegenüber einer gesetzlichen Krankenversicherung keinen Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenbeteiligung habe. Ich verpflichte mich, die Kosten in voller Höhe nach Rechnungslegung zu bezahlen.

.....
Datum

.....
Unterschrift

.....
Unterschrift Vertreter/in der Martini-Klinik

Martini-Klinik am UKE GmbH Martinistraße 52, Gebäude Ost 46, 20246 Hamburg / Martinistraße 52, Gebäude Ost 46, 20246 Hamburg
Telefon: +49 (0) 40 7410-51300 / Fax: +49 (0) 40 7410-51323 / info@martini-klinik.de / www.martini-klinik.de