© Dr. med. Klaus Dörhage, Arzt für Allgemeinmedizin, Hamburger Landstr. 26a, 24113 Molfsee

Behandlungsvertrag

…….. geb.…….
Name, Vorname

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Die Praxis Dr. med. Dörhage ist eine Privatpraxis und nimmt nicht an der kassenärztlichen Versorgung teil. Hiermit kommt zwischen Ihnen und der Praxis Dr. Dörhage ein privater Behandlungsvertrag zustande.

Das ärztliche Honorar richtet sich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Entsprechend der GOÄ bekommen Sie über die erbrachten ärztlichen Leistungen eine Privatrechnung. In der Regel erstatten die privaten Krankenkassen und die Beihilfestellen diese Leistungen. Wir möchten Sie jedoch darauf hinweisen, dass es vorkommen kann, dass Krankenkassen und Beihilfestellen nicht alle erbrachten ärztlichen Leistungen und auch die durch die Anwendung analoger Bewertungen entstehenden Kosten erstatten. Dieses kann auch für von uns durchgeführte oder veranlasste Laborleistungen sowie von uns rezeptierte Medikamente, rezeptierte naturidentische Hormone und rezeptierte Heilmittel gelten. Nahrungsergänzungsmittel werden in der Regel von privaten Krankenkassen und Beihilfestellen nicht erstattet.

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutzgrundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Weitere Details diesbezüglich finden Sie in der „Patienteninformation zum Datenschutz“, welche im Flur der Praxis aushängt oder auf unserer Internetseite (www.drdoerhage.de) eingesehen werden kann. Wir bitten Sie mit der Unterschrift unter diesen Behandlungsvertrag um Ihr Einverständnis zur Weitergabe Ihrer erforderlichen personenbezogenen und medizinischen Daten an die ggf. mitbehandelnden Ärzte oder Psychotherapeuten und die für die Durchführung etwaiger Spezialuntersuchungen (Labor, technische Untersuchungen, Gewebeproben etc.) hinzugezogenen Ärzte oder Institutionen.

Um Ihnen und uns einen reibungslosen Praxisablauf gewährleisten zu können, möchten wir Sie bitten, einen mit uns vereinbarten Termin spätestens an dem Werktag, der dem Termin vorausgeht, telefonisch abzusagen. Sollte der von Ihnen vereinbarte Termin nicht rechtzeitig abgesagt werden, möchten wir Sie darauf aufmerksam machen, dass wir Ihnen den Praxisausfall in Höhe der geplanten Erhebung der Krankengeschichte, Untersuchung und Behandlung in Rechnung stellen werden.

Mit nachstehender Unterschrift willige ich in diesen Behandlungsvertrag ein und erkläre mich damit einverstanden, dass ich die gesamten ärztlichen Leistungen in vollem Umfange selbst bezahlen muss. Der Abschluss dieses Behandlungsvertrages ist freiwillig und kann von Ihnen jederzeit widerrufen werden.

Molfsee, den ……... ……..
Unterschrift Patient

…… …… Stand 11-2026
Ggfs. Vorname und Name (gesetzl. Vertreter) Ggfs. Unterschrift gesetzl. Vertreter