



# OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS  
*Integrative Medizin*

## Privärztlicher Longevity Behandlungsvertrag und Honorarvereinbarung

zwischen der Privatarztpraxis Integrative Regenerative Medizin und Longevity

*Olga Aleksandrowna Aleksejewa Beckmann*

und

*Frau/Herrn*

*Name, Vorname*

*Geb.- Datum*

*, Haus - Nr.*

*wohnhaft Straße*

*Wohnort*

*PLZ*

*Mail Adresse*

*WhatsApp Nummer*

*Ich wünsche optimale ganzheitliche Untersuchungen, Labordiagnostik und Behandlungen als Privatpatient(in) oder als Selbstzahler(in).*

*Ich bin mir bewusst, dass diagnostische und/oder therapeutische ganzheitliche Leistungen oder Teile solcher Leistungen im Einzelfall über das Maß der ausreichend notwendigen Medizin hinausgehen können, vor allem dann, wenn sie dem Anspruch einer optimalen medizinischen Versorgung gerecht werden sollen.*

*Sie müssen aus diesem Grunde auch nicht unbedingt zum Bestandteil der medizinisch notwendigen Heilbehandlung für Privatversicherte gehören.*

*Unterschrift Patient:*

*Dennoch werden auch die Kosten für die durch meine Beschwerden bedingten und über das Maß der ausreichend notwendigen Medizin gehenden diagnostischen Untersuchungen und Therapien aus dem Bereich Naturheilverfahren, Gesundheitsoptimierung, Prävention und Komplementäre und Integrative Medizin von mir in voller Höhe übernommen.*

*Die Liquidation dieser Leistungen erfolgt wie üblich als Privatpatient nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Ärztliche Leistungen werden innerhalb des Gebührenrahmens der GOÄ unter Berücksichtigung von Schwierigkeit, Zeitaufwand und Umständen des Einzelfalls berechnet (regelmäßig bis zum Schwellenwert; bei besonderem Aufwand bis zum jeweiligen Höchstsatz). Eine Überschreitung des Gebührenrahmens ist nur aufgrund einer vor Leistungserbringung getroffenen schriftlichen, individuellen Vereinbarung gemäß § 2 GOÄ möglich; in diesem Fall wird eine gesonderte Vereinbarung geschlossen. Die Begründung für erhöhte Steigerungsfaktoren innerhalb des Gebührenrahmens wird in der Rechnung aufgeführt.*

*Die Zeit für das Gespräch zwischen Arzt und Patient wird von den Kassen häufig nicht übernommen, und so manche Entscheidung, die für Ihre Gesundheit und Leben wichtig ist, wird unter Zeitdruck gefällt. Hierfür und für andere ergänzende ganzheitliche Therapieverfahren haben wir Analog-Ziffern eingerichtet, die Sie unter Umständen selbst tragen müssen.*

**Es wird folgender Behandlungsvertrag geschlossen:**

1. *Die Privatliquidation erfolgt auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und etwaiger Analogziffern.*
2. *Erhobene Steigerungssätze begründen sich aus inhaltlichem oder zeitlichem Mehraufwand der betreffenden Leistung gegenüber dem einfachen Satz und werden auf der Rechnung aufgeführt.*
3. *Mit ausdrücklicher oder konkludenter Zustimmung des Patienten ist es dem Arzt gestattet, Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auch von befähigtem Hilfspersonal durchführen zu lassen.*
4. *Die Vergütung wird mit Rechnungsstellung fällig.*
5. *Der Patient(in) verpflichtet sich als Selbstzahler, das fällige Honorar unabhängig davon zu begleichen, ob eine (Teil-)Erstattung der entstandenen Kosten durch Erstattungsstellen erfolgt.*
6. *Versäumt der Patient einen fest vereinbarten Behandlungstermin, gelten die nachstehenden Regelungen zum Ausfallhonorar.*
7. *Dieser Behandlungsvertrag kann zu jedem Zeitpunkt mit Wirkung für die Zukunft gekündigt werden.*
8. *Sofern der Patient nicht im Normaltarif einer Privaten Krankenversicherung versichert ist und auf Antrag einen Sondertarif (Basistarif oder Standardtarif) bewilligt bekommen hat, so hat er diesen Tarif durch Vorlage des Schreibens der Privaten Krankenkasse nachzuweisen.*

*Unterschrift Patient:*

*Ich bin über folgende Behandlungen sowie deren mögliche Nebenwirkungen/Risiken aufgeklärt und mit deren Durchführung sowie der Honorierung nach GOÄ und ggf. Analogziffern innerhalb des Gebührenrahmens (einschließlich ggf. begründeter Steigerungsfaktoren) einverstanden. Eine Abrechnung oberhalb des jeweiligen Gebührenrahmens erfolgt – sofern im Einzelfall erforderlich – nur nach gesonderter schriftlicher Vereinbarung gemäß § 2 GOÄ.*

- Akupunktur nach TCM (GOÄ 269a, 8)
- Elektroakupunktur (GOÄ 832, 551)
- Laser (GOÄ 526, 539, 549, 551, 567, 564)
- Schröpftherapie (GOÄ 523, 209, 207, 558, 207, 558, 525, 521, 747, 530)
- Chirotherapie (GOÄ 3306)
- Vitamin-Aufbau-Infusionen (200- 500 Euro)
- Eigenbluttherapie (GOÄ 284, 285, 252, 270)
- Infrarot-Licht-Therapie (GOÄ 562, 564, 567, 536)
- Neuraltherapie mit Procain (GOÄ 266, 268, 252, 255, 490)
- Psychotherapie (GOÄ 801, 849)
- Bioresonanz (GOÄ 840, 846, 497, 555)
- Magnetfeldtherapie (GOÄ 548, 549, 558, 838)
- Homöopathie (GOÄ 30, 31)
- Applied Kinesiologie (GOÄ 842, 8, 388, 389, 399)
- Dunkelfeldmikroskopie (GOÄ 3508)
- Ernährungsberatung (GOÄ 33, 76)
- Mikronährstofftherapie (GOÄ 78, 77)
- Hot-Stonetherapie (GOÄ 536, 530, 531, 520, 523, 527)
- Sauerstofftherapie (GOÄ 505, 510, 514, A518)
- Ozontherapie (82 Euro)
- Ozon-Unterspritzungen (GOÄ 255)
- Ozon Darminsufflation (GOÄ 533, 521, 11a) (302 Euro)
- Eiskalt- oder Wärmebad (GOÄ 530, 531, 532, 554, 552, 562, 564, 567, 536)
- PRP (600 Euro)
- Mesotherapie (600 Euro)
- Neurofunktionales apparatives LWS-Sacrum-Beckenboden Training (GOÄ 558, 555) (349 Euro)
- Check Up Longevity Vorsorgeuntersuchungen (GOÄ 29, 410, 417, 418, 420)
- Hausbesuche (GOÄ 50)

*Auf Wunsch wurde mir ein Kostenrahmen/Kostenschätzung genannt bzw. ausgehändigt.*

*Kostenaufklärung und Einwilligung: Ich (Patient-in) wurde vor Beginn der jeweiligen Untersuchung und/oder Behandlung verständlich über die voraussichtlich entstehenden Kosten sowie die Abrechnung nach GOÄ (inkl. ggf. Analogziffern und ggf. Steigerungsfaktoren) aufgeklärt. Ich habe diese Informationen verstanden, hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen, und willige in die Durchführung der vereinbarten Leistungen sowie deren privatärztliche Abrechnung ein. Mir ist bekannt, dass eine (Teil-)Erstattung durch meine PKV/Beihilfe nicht gesichert ist.*

*Bei wesentlicher Erweiterung der Diagnostik/Therapie erfolgt vorab eine erneute Kostenaufklärung.*

*Unterschrift Patient:*

### ***Hinweis zu Labor- und Fremdleistungen:***

*Soweit diagnostische Leistungen (insbesondere Laboranalysen) durch externe Leistungserbringer (z. B. Fremdlabore) erbracht werden, können diese Leistungen – je nach Leistungserbringer – direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer gegenüber dem/der Patient(in) abgerechnet werden. Hierzu werden die für die Durchführung erforderlichen personenbezogenen Daten sowie Proben/Materialien an den jeweiligen Leistungserbringer übermittelt.*

*Es gelten insoweit die Abrechnungsmodalitäten des externen Leistungserbringens; diese Kosten können zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen der Praxis entstehen.*

### ***Auslagen, Materialien und Medikamente:***

*Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen können notwendige Auslagen/Sachkosten (z. B. Infusions- und Verbrauchsmaterial, Arznei- und Verbandmittel, spezielle Testkits sowie Versand-/Kurierkosten) gemäß § 10 GOÄ gesondert berechnet bzw. weiterberechnet werden, soweit diese nicht bereits mit der jeweiligen GOÄ-Leistung abgegolten sind.*

*Unterschrift Patient:*

*Ich (Patient-in) bestätige, den Inhalt dieses Behandlungsvertrags zur Kenntnis genommen und verstanden zu haben. Zudem erkläre ich mit meiner Unterschrift ausdrücklich, eine Privatbehandlung zu wünschen.*

*Diese Honorarvereinbarung ist auch dann gültig, wenn eine Erstattung des Honorars durch Erstattungsstellen (Private Krankenversicherung, Beihilfe) nicht oder nicht in voller Höhe gewährleistet ist und der Patient insofern das Honorar selbst zu tragen hat.*

*Zudem bestätige ich, einen Abdruck dieser Vereinbarung erhalten zu haben. Mir ist bekannt, dass eine (Teil-)Erstattung durch Erstattungsstellen (Private Krankenversicherung/Beihilfe) nicht gesichert ist und ich das Honorar im Zweifel selbst zu tragen habe (als Selbstzahler(in) oder Privatversicherte(r)).*

*Ich verpflichte mich, Rechnungen fristgerecht zu begleichen, unabhängig von einer Kostendeckung durch meine Private Krankenversicherung oder Beihilfe.*

*Ich komme spätestens in Verzug, wenn ich nicht innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit und Zugang einer Rechnung oder gleichwertigen Zahlungsaufstellung leiste. Für Verbraucher gilt dies nur, wenn in der Rechnung auf diese Rechtsfolge besonders hingewiesen wird (§ 286 Abs. 3 BGB).*

*Hinweis Videoüberwachung: An den beiden Praxiseingängen findet Videoüberwachung zur Wahrnehmung des Hausrechts und zum Schutz von Patienten, Personal und Eigentum statt. Weitere Informationen (Zweck, Speicherdauer, Verantwortliche, Betroffenenrechte) ergeben sich aus den Hinweisschildern vor Ort bzw. der Datenschutzerklärung.*

***Einwilligung zur Kommunikation (optional):***

*Ich wünsche – soweit organisatorisch möglich – die Kommunikation mit der Praxis auch über die nachfolgend angekreuzten Kommunikationswege (z. B. Terminabsprachen und organisatorische Hinweise).*

*E-Mail (ggf. unverschlüsselt) an die oben angegebene E-Mail-Adresse*

*WhatsApp an die oben angegebene WhatsApp-Nummer*

*Medizinische Befunde oder sonstige Gesundheitsdaten werden über diese Kanäle nur auf meinen ausdrücklichen Wunsch übermittelt.*

*Mir ist bekannt, dass insbesondere unverschlüsselte E-Mails sowie WhatsApp nicht vollständig gegen unbefugte Zugriffe geschützt sind. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden; die Behandlung bleibt hiervon unberührt.*

*Unterschrift Patient(in) (Kommunikationseinwilligung): \_\_\_\_\_*

**Ausfallhonorar:**

9. Der Arzt betreibt eine Bestellpraxis nach Vereinbarung. Behandlungstermine werden langfristig geplant, um einen reibungslosen Ablauf in der Praxis zu gewährleisten und längere Wartezeiten für Patienten zu vermeiden.
10. Zur Vermeidung von Leerläufen ist es daher erforderlich, dass Behandlungstermine, die nicht wahrgenommen werden, frühzeitig abgesagt werden und anderen Patienten zur Verfügung gestellt werden.
11. Arzt und Patient(in) sind sich darüber einig, dass ein vereinbarter Behandlungstermin, der nicht wahrgenommen werden kann, mindestens 24 Stunden vor dem Behandlungstermin abgesagt werden muss (textlich oder telefonisch).
12. Bei nicht rechtzeitiger bzw. unterbliebener Absage des Behandlungstermins vereinbaren der Arzt und der Patient für den ausgefallenen Termin ein pauschales Ausfallhonorar. Dieses bemisst sich nach dem für den Termin reservierten Zeitfenster und den vorgesehenen Leistungen und beträgt in der Regel 300,00 Euro bei einem reservierten Zeitfenster von bis zu 60 Minuten; bei längeren Zeitfenstern entsprechend mehr, bei kürzeren entsprechend weniger.
13. Ausfallhonorare werden von Krankenversicherungen üblicherweise nicht erstattet.
14. Der Nachweis darüber, dass kein oder nur ein wesentlich niedrigerer Schaden entstanden sei, bleibt hiervon ebenso unberührt, wie der Nachweis eines höheren Schadens durch den Arzt. Ich (Patient-in) bestätige, den Inhalt dieser Zusatzvereinbarung zum Behandlungsvertrag zur Kenntnis genommen und verstanden zu haben. Zudem erkläre ich mit meiner Unterschrift ausdrücklich mein Einverständnis hierzu.

**Verzicht auf wirtschaftliche Information / Kostenschätzung (§ 630c Abs. 4 BGB)**

- Mir wurde angeboten, vor Beginn der Behandlung eine Information in Textform über die voraussichtlichen Kosten (Kostenrahmen/Kostenschätzung) zu erhalten.
- Ich wünsche ausdrücklich, dass die Behandlung dennoch ohne vorherige Kostenschätzung begonnen/fortgesetzt wird.
- Ich verzichte ausdrücklich, klar und unmissverständlich auf die vorherige schriftliche Mitteilung eines Kostenrahmens / einer Kostenschätzung.
- Mir ist bekannt, dass die Kosten je nach Umfang/Verlauf/Anzahl der Sitzungen erheblich variieren und insgesamt deutlich höher ausfallen können.
- Mir ist bekannt, dass eine (Teil-)Erstattung durch PKV/Beihilfe unsicher sein kann; ohne Kostenzusage trage ich das Kostenrisiko als Selbstzahler.
- Ich kann jederzeit eine schriftliche Kostenschätzung verlangen und die Behandlung jederzeit beenden oder pausieren.

Ort

Datum

Patientin/Patient

*Der Behandlungsvertrag regelt auf zivilrechtlicher Ebene seit dem Patientenrechtegesetz die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patienten, sowie die Rechte und Pflichten, die daraus entstehen.*

*Gemäß § 630a BGB ist der behandelnder Arzt zur Erbringung der Leistung und der Patient zur Zahlung dieser Leistung verpflichtet.  
Die Behandlungen sind nur nach den aktuellen Standards zu leisten.*

*Im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) wird der Behandlungsvertrag in § 630b als Unterkategorie des Dienstvertrages eingestuft.  
Es handelt sich bei einem Behandlungsvertrag um ein Übereinkommen für jede einvernehmliche ärztliche Tätigkeit zwischen Ihnen als Arzt und Ihrem Patienten.*

*Unterschrift Patient:*

