

Honorarvereinbarung

über die Inanspruchnahme einer
privatärztlichen Leistung

Zwischen Herrn/Frau

Vorname	
Name	
Straße	
PLZ / Ort	
Geburtsdatum	

und der

Praxis BAG Dr. med. Manfred Frenzel & Dr. med. Marcus Michna
Großbottwarer Str. 5
71720 Oberstenfeld

Ich wünsche die Durchführung der folgenden persönlichen privatärztlichen Leistungen:

COVID-19 Antigen Schnelltest

Im Rahmen dieser ärztlichen Beratung fallen folgende Gebühren an.

Leistungen	GOÄ-Ziffer	Steigerungssatz	Gebühr in €	Gebühr inkl. MwSt. in €
Beratung	1	2,203	10,27 €	12,22 €
COVID-19 Antigen Schnelltest	A 4363	1,00	29,73 €	35,38 €

Gesamtkosten inklusive Mehrwertsteuer

47,60 €

Dem Leistungsnehmer ist bekannt, dass die oben genannten Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören und daher von ihm nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen sind. Dem Leistungsnehmer ist ferner bekannt, dass ihm keine Ansprüche gegen seine Krankenversicherung auf Kostenerstattung oder Kostenbeteiligung zustehen. Mit der Unterschrift bestätigt der Leistungsnehmer den Empfang einer Kopie dieses Vertrages.

.....
Ort, Datum

.....
Leistungsnehmer

.....
Leistungserbringer

OBERSTENFELD

Großbottwarer Str. 5 - 71720 Oberstenfeld

Tel.: 07062 / 9370110 - Fax: 9370125

DR. MED. MANFRED FRENZEL

<http://www.m-v-bottwar.de>



Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

Wohnort

erkläre mich einverstanden, dass in der oben genannten Praxis meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Optional:

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Erinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden (*bei nicht Zutreffen bitte streichen*).

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

OBERSTENFELD

Facharzt für Dermatologie und
Geschlechtskrankheiten
Tel.: 07062 / 93 70 11 21 – Fax: 9370125

BEILSTEIN

Hauptstraße 32 – 71717 Beilstein
Tel.: 07062 / 44 44 – Fax: 22 0 89
praxisteam-beilstein@m-v-bottwar.de

KIRCHHEIM

Hauptstraße 74 – 74366 Kirchheim
Tel.: 07143 / 99 99 – Fax 84 14 91
praxisteam-kirchheim@m-v-bottwar.de

ASPACH

Backnangerstr. 2 – 71546 Aspach
Tel.: 07191 / 911 52 30 – Fax: 911 52 35
praxisteam-aspach@m-v-bottwar.de

INGERSHEIM

Goethestraße 17/1 – 74379 Ingersheim
Tel.: 07142 / 5 11 78 – Fax: 2 06 11
praxisteam-ingersheim@m-v-bottwar.de

ELLHOFEN

Hintere Straße 24 – 74248 Ellhofen
Tel.: 07134 / 510 14 80 – Fax: 510 14 79
praxisteam-ellhofen@m-v-bottwar.de