

Dr. med. Jutta Schnizler- Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Dr. med. univ. Huseyin Büyükasik – Facharzt für Allgemeinmedizin, Notfallmedizin  
Dr. med. Christoph Stimer – Facharzt für Innere Medizin, Notfallmedizin  
Stuttgarter Str. 70  
73430 Aalen  
Tel. 07361 96710



---

## BEHANDLUNGSVERTRAG

### 1. Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich

---

**(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)**

erkläre mich einverstanden, dass

- die Beschäftigten der Hausarztpraxis Aalen mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern dürfen,
- mein primär behandelnder Arzt (i.d.R. der Hausarzt) mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Sollte ich den primär behandelnden Arzt (i.d.R. der Hausarzt) wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei einem bisherigen Hausarzt anfordert. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

### 2. Ausfallhonorar bei Terminversäumnis

Bei der Nichteinhaltung fest vereinbarter Behandlungstermine oder bei kurzfristigen Absagen kann dem Arzt ein Ausfallhonorar (Schadenersatz) zustehen, da die Wahrnehmung von Behandlungsterminen zum Kreis der Mitwirkungspflichten (Nebenpflicht) des Patienten gehört.

Sie werden hiermit ausdrücklich darüber in Kenntnis gesetzt, dass bei Nichteinhaltung bzw. bei nicht rechtzeitiger Absage des Termins die fest zugesagte Behandlung in Rechnung gestellt wird, es sei denn, dass das Nichterscheinen unverschuldet ist. Unverschuldetes Nichterscheinen ist dann anzunehmen, wenn der Patient objektiv gehindert war, den Termin rechtzeitig abzusagen.

Voraussetzung für die Berechnung eines Ausfallhonorars ist, dass wir den Termin bei Nichterscheinen des Patienten oder einer Absage nicht mehr anderweitig vergeben können, dies gilt insbesondere für frühe Termine am Vormittag.

Mir ist bekannt, dass dieser Termin extra für mich freigehalten wird und, dass es deshalb aus organisatorischen Gründen notwendig ist, dass ich für den Fall einer Verhinderung rechtzeitig - d. h. spätestens 2 Tage vor dem Termin – absage, damit noch die Möglichkeit besteht „Ersatzpatienten“ einzubestellen.

Sollte ich dennoch nicht rechtzeitig absagen, ist mir bekannt, **dass mir die Kosten für die im Termin vereinbarte Behandlung in Rechnung gestellt werden können**, wobei das anzurechnen ist, was infolge des Unterbleibens der Behandlung erspart wurde oder durch Behandlung anderer Patienten erworben wurde. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

### 3. Erklärung für fehlende Versichertenkarte

Eine Regelung zu gesetzlich versicherten Patienten, die keine gültige Krankenversichertenkarte zu Behandlungsbeginn vorlegen können, enthält § 18 Abs. 8 S.3 Nr. 1 Bundesmantelvertrag- Ärzte.

Danach dürfen Sie von dem Patienten eine Vergütung fordern, wenn dieser die elektronische Gesundheitskarte oder einen anderen gültigen Anspruchsnachweis nicht innerhalb von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme vorlegt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass wenn ich keinen gültigen Versicherungsnachweis innerhalb von 10 Tagen erbringe, meine Behandlung als privatärztliche Leistung in Rechnung gestellt und nach GOÄ abgerechnet wird.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

### 4. Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden, etc. und Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit bevollmächtige ich

---

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum des **Bevollmächtigten**)

zur Abholung folgender Dokumente (zutreffendes bitte ankreuzen):

o Rezepte     o Überweisungen     o Befunde     o sonstiges     o alles

Die Vollmacht und Entbindung der Schweigepflicht kann von mir jederzeit, ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift