



Ambulantes Gesundheitszentrum

Stand 10/2018

Privatambulanzvertrag (Selbstzahler/Privatpatienten/IGeL)

Patientenidentifikation Dr. <b>Wehner</b> Wolfgang 14069 Berlin M*09.10.1939(911) Amberbaumallee 51 Auto: A 05.12.19 08:29 V: Bayerische Beamte MV MNUK MNX-MVZ *Wehner Gültig 19 PP / PP Foto: 3133628783 (Pat. 0042345310)		sofern Patient Privatambulanzvertrag nicht selbst unterzeichnet, Angaben zusätzlich eintragen	
gesetzlicher Vertreter		privat bevollmächtigter Vertreter	
<input type="checkbox"/> Eltern** <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Ehegatte/-gattin <input type="checkbox"/> oder: _____		<input type="checkbox"/> Eltern** <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Ehegatte/-gattin <input type="checkbox"/> oder: _____	
<small>** Bei gemeinsamen Sorgerecht wird die                  nächstliegende Erklärung durch im Namen des                  anderen Elternteils angegeben</small>		<small>** Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die                  nächstliegende Erklärung durch im Namen des                  anderen Elternteils angegeben</small>	

Das Ambulante Gesundheitszentrum der Charité GmbH (im Folgenden AGZ) und der Patient<sup>1</sup> vereinbaren die ambulante privatärztliche Behandlung, und zwar die notwendigen und zweckmäßigen Behandlungsleistungen. Der Patient verpflichtet sich, die Zahlung des Entgeltes nach den geltenden Tarifen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu zahlen, wobei die Schwellenwerte der GOÄ ausgeschöpft werden.

Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich gegenüber dem Patienten. Das Tarifwerk GOÄ liegt zur Einsichtnahme im AGZ aus. Für Medikamente, die unmittelbar im AGZ zur Anwendung kommen, erhält der Vertragspartner eine Rechnung. Die Berechnung der Medikamente erfolgt unabhängig von der ärztlichen Behandlung.

Das AGZ erfasst, speichert, verarbeitet und kommuniziert personenbezogene Daten. Es hält sich bei allen Phasen der Datenverarbeitung streng an die Gesetze. Im Rahmen dieser Gesetze steht dem Patienten ein Auskunftsrecht über die gespeicherten Daten zu.

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns im Falle eines Zahlungsverzuges (4 Wochen nach Zugang der Rechnung) die Einwilligung zur Übermittlung der zum Einzug unserer Forderungen notwendigen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an ein externes Unternehmen (ECOVIS Grieger Mallison Rechtsanwälte PartG mbB) zum Forderungseinzug, welches die erforderlichen Daten ausschließlich zum Zwecke der Rechnungserstellung verwendet. Alle Mitarbeiter dieses Unternehmens unterliegen den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes mit gleicher gesetzlicher Bindungswirksamkeit wie das Ambulante Gesundheitszentrum der Charité GmbH. Die Behandlung ist nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen oder die Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Der Unterzeichner erkennt die Geltung der Hausordnung der Charité - Universitätsmedizin Berlin an, welche zur Einsichtnahme ausliegt. Bei Zahlungsverzug gelten die gesetzlichen Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Der Vertragspartner verpflichtet sich, als **Selbstzahler bzw. Privatpatient** die Behandlungskosten nach den geltenden Tarifen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), unter Beachtung der aktuellen Empfehlungen für Analoge Bewertungen durch die Bundesärztekammer und unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtslage zu zahlen, wobei die Schwellenwerte der GOÄ ausgeschöpft werden, soweit nicht vor Behandlungsbeginn eine Versicherung zum Basistarif einer Privaten Krankenversicherung oder einer Beihilfestelle nachgewiesen wurde. Weiterhin ist der Vertragspartner darüber informiert, dass die Krankenversicherung, der private Kostenträger oder die Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann. Daraus resultierende Kürzungen des Rechnungsbetrages durch die Kostenträger berechtigen den Vertragspartner nicht dazu, seinerseits nur den gekürzten Betrag zu begleichen (Fälligkeit

<sup>1</sup> Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen grundsätzlich die männliche Form verwendet. Weiterhin ist mit Patient der Vertragspartner gemeint, auch wenn dieser durch gesetzliche und privat bevollmächtigte Vertreter vertreten wird.

Wolfgang Wehner (\* 09.10.1939 / # 332329)

Dokument: \_\_\_\_\_

der Arztrechnung: Urteil des BGH vom 21.12.2006 – III ZR117/06). Der Versicherte hat die Möglichkeit, bei ungerechtfertigten Kürzungen durch die Kostenträger seine Forderung gegenüber der Krankenversicherung auf dem Schlichtungs- oder Rechtsweg durchzusetzen. Eine Abtretung der Forderung bzw. des Erstattungsanspruches wird hiermit ausgeschlossen.

Das AGZ behält sich vor, von Selbstzahlern eine Vorauszahlung zu verlangen. Soweit der Selbstzahler seinen gewöhnlichen Aufenthalt nicht in der Bundesrepublik Deutschland hat ist eine Vorauszahlung in angemessener Höhe zu leisten. Die Vorauszahlung ist pauschaliert und wird mit der Schlussrechnung verrechnet.

Zahlungspflichtiger / Rechnungsempfänger

Name	Vorname	geb. am
Dr. <b>Wehner Wolfgang</b> *Wehner M *09.10.1939 (911)		private Telefonnummer
Straße	PLZ	
14089 Berlin Amberbaumallee 51 Patientennr.: 0042345310		
E-Mail		

Krankenversicherung / Kostenträger

**Tarif (bitte ankreuzen)**

- PKV Regeltarif - Faktor 2,3, mit Steigerungsmöglichkeit bis zum 3,5-fachem Satz
- PKV Basistarif - nur bei schriftl. Nachweis der privaten Krankenversicherung auswählbar, Faktor 1,2
- Post B - Faktor 1,9
- Studententarif - schriftl. Nachweis erforderlich, Faktor 1,7
- GKV /IGeL

Der Patient erklärt sich damit einverstanden, dass das AGZ Rechnungen (ggf. Zahlungserinnerungen) per Email übersenden darf. Meine hierfür zu verwendende Email-Adresse lautet:

.....@.....  an oben angegebene Mail Adresse senden

Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass diese Emails unverschlüsselt und ohne besondere Sicherungsmaßnahmen an mich versandt werden.

Ich kann mein Einverständnis zur unverschlüsselten Übersendung von Unterlagen per Email jederzeit schriftlich oder per Email widerrufen.

**Terminabsagen:**

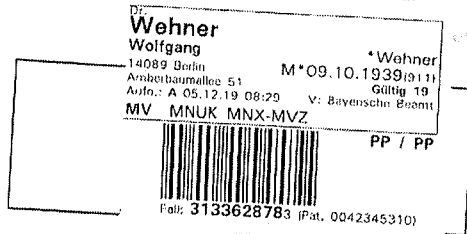
Der Patient verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens 48 Stunden vor dem Termin abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig innerhalb der vorgenannten Frist, wird dem Patienten 80 % des dem Arzt zustehenden Honorars gemäß der entsprechenden GOÄ Leistung der geplanten Behandlung und dem Behandlungsumfang in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar hat der Patient unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Eine Kostenerstattung durch die private oder gesetzliche Krankenkasse oder Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt. Vorstehende Regelung gilt jedoch dann nicht, sofern der Patient nachweist, dass dem Arzt durch die Terminabsage tatsächlich ein Schaden nicht entstanden ist.

Berlin, den \_\_\_\_\_  
*W. Wehner*  
Patient

Berlin, den \_\_\_\_\_  
*[Signature]*  
Ambulantes Gesundheitszentrum der Charité GmbH

Wolfgang Wehner (\* 09.10.1939 / # 332329)

Dokument:



Stand: Mai 2018

Ich, der / die oben genannte, willige ein, dass die

„Ambulantes Gesundheitszentrum (AGZ) der Charité GmbH“, Charitéplatz 1, 10117 Berlin

neben den Angaben zur Person (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertenstatus) die für die Weiterbehandlung meiner Erkrankung erforderlichen Befundergebnisse sowie Diagnosen aus der Vorbehandlung an die mitbehandelnden Ärzte des AGZ sowie an die Charité – Universitätsmedizin Berlin übermitteln darf.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt für diese Erkrankung und für die Dauer der Behandlung.

Ferner willige ich ein, dass folgende nachbehandelnde Ärzte einen Arztbrief über die erfolgte Behandlung/Befundung erhalten. Name, Fachrichtung und Adresse, wenn bekannt.

Ich bin darüber belehrt worden, dass mir Unterlagen, die ich im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet habe, in Kopie auszuhändigen sind. Auf dieses Recht verzichte ich widerruflich, so dass mir in jedem Einzelfall das Recht verbleibt, eine Kopie zu verlangen.

#### Datenübermittlung/Dateneinsicht

an den /vom Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt

Ich bin damit einverstanden, dass vorliegende Behandlungsdaten / Befunde bei meinem o. g. Haus- oder Facharzt, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, durch das Ambulante Gesundheitszentrum angefordert werden können.

Ja

Nein

#### Wissenschaftliche Auswertung

Für wissenschaftliche Auswertungen bin ich damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten in **anonymer Form**, sobald dies nach dem Forschungszweck möglich ist, von Ärzten der Charité-Kliniken und/oder des Ambulanten Gesundheitszentrums der Charité oder unter ihrer Aufsicht wissenschaftlich ausgewertet werden. Grundlage hierzu ist Art. 9 Abs. 2 lit. J DSGVO und § 27 BDSG (neu).

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ja

Nein

Ambulantes Gesundheitszentrum der Charité GmbH  
Amtsgericht Charlottenburg  
HRB 99619B  
Steuernummer 29/029/62794

Geldinstitut:  
BIC (Swift Code)  
IBAN:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
DAAEDED  
DE07 3006 0601 0006 5845 86



Zertifiziert bis 09/2020

Dokument:



Ambulantes Gesundheitszentrum

Stand: Mai 2018

Ich bin damit einverstanden, dass Studierende der Medizin mit meiner Erkrankung und ihrer Behandlung vertraut gemacht werden und sie an dieser in für die Ausbildung geeigneter Form unter ärztlicher Aufsicht mitwirken. Dieses Einverständnis kann ich jeder Zeit widerrufen.

Ja

Nein

**Behandlungsdokumentationen der vorbehandelnden Einrichtungen der Charité und im Ambulanten Gesundheitszentrum**

Ich bin damit einverstanden, dass alle erforderlichen Informationen aus meinen früheren Aufenthalten in der Charité und im Ambulanten Gesundheitszentrum von den Mitarbeitern eingesehen werden können, die an der Behandlung dieses Falles beteiligt sind.

Ja

Nein

**Information zur Datenübermittlung**

Ich bin darüber informiert, dass

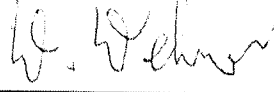
- die Länder Berlin und Brandenburg zur Verbesserung der onkologischen Versorgung einen Staatsvertrag geschlossen haben, wonach ein klinisches Krebsregister eingerichtet wird. Zweck des klinischen Krebsregisters ist die zentrale Erhebung, Zusammenführung und Auswertung aktueller medizinischer Daten von Tumorpatientinnen und Tumorpatienten mit dem Ziel der Sicherung und Verbesserung der tumorbezogenen medizinischen Versorgungsqualität. Im Falle einer Krebserkrankung und einem Wohnsitz in Berlin oder Brandenburg erfolgt eine Meldung der Charité an das Klinische Krebsregister für Brandenburg und Berlin GmbH Dreifertstraße 12 in 03044 Cottbus. Im Falle eines Wohnsitzes in einem anderen Bundesland wird die Meldung an das klinische Krebsregister der entsprechenden Bundesländer weitergeleitet. Sie haben die Möglichkeit gegen die Speicherung von Daten aus einzelnen oder allen klinischen Krebsregistern zu widersprechen. Auch bei einem Widerspruch bleibt die Meldepflicht bestehen. In diesem Falle können Ihre Daten u.a. nicht für die direkte patientenbezogene Zusammenarbeit in Tumorkonferenzen genutzt werden. Diesen Widerspruch können Sie gegenüber dem Charité Comprehensive Cancer Center (Hotline 030/450564222) oder dem Klinischen Krebsregister für Berlin und Brandenburg GmbH oder dem für Sie zuständigen Krebsregister eines anderen Bundeslandes erklären. Darüber hinaus haben Sie ein Auskunftsrecht gegenüber dem jeweils zuständigen Krebsregister.
- das Ambulante Gesundheitszentrum zur Durchführung der Behandlung folgende Leistungen durch Dritte veranlasst
  - a) Laborleistungen bei der Labor Berlin - Charité Vivantes GmbH und der Labor Berlin - Charité Vivantes Service GmbH
  - b) Leistungen zur Bereitstellung von Blutprodukten durch das Zentrum für Transfusionsmedizin und Zelltherapie Berlin gGmbH
  - c) Krankentransport durch die Charité CFM Facility Management GmbH
  - d) Mitbehandlung durch die Charité - Universitätsmedizin Berlin

und zu dem Zweck der Erbringung dieser Leistungen erforderliche Daten an diese Dritte übermittelt.

Mir ist bekannt, dass die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift:

  
Unterschrift Patient bzw. bei nichtunterschriftsfähigen Patienten des gesetzlichen Vertreters / Bevollmächtigten

Ambulantes Gesundheitszentrum der Charité GmbH  
Amtsgericht Charlottenburg  
HRB 99619B  
Steuernummer 29/029/62794

Geldinstitut:  
BIC (Swift Code)  
IBAN:

Deutsche Apotheker- und Ärztekbank  
DAAEDEDD  
DE07 3006 0601 0006 5845 86



Zertifiziert bis 08/2020

Campus Mitte (7232048), 030 / 450 50

Behandlungsdaten (08.01.2024)

Name: Dr. Wolfgang Wehner, 332329, Geburtsdatum: 09.10.1939

Amberbaumallee 51, 14089 Berlin

Tel:

=====  
=====

05.12.19	cjü P wet NUK J	2018_5 VOLLSTÄNDIGE Entbindung von der Schweigepflicht
	feh P wet NUK T	Dopamintransporter - Spect mit J123-Datscan
05.12.19	cjü P wet NUK PA	Kommentar: Üw,Ds,Pv
	feh P wet NUK D	G20.90G(Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet, ohne (Angabe einer) Wirkungsfluktuation),
30.12.19	feh P wet NUK RE	L 1, 5, 75, 253, 5410, 5487, +I(-)123(-)Datscan FP(-)Cit( )185( )MBq+830, +Porto+0.80 Rechnung Nr. wet1321-19 vom 30.12.2019: 01.01.2014 bis 08.01.2020, Rechnungsbetrag: 1214,77 EUR
01.01.20	feh QW	----- Q 1/20 -----
09.01.20	feh P wet NUK PA	Kommentar: SK Nachweis Datscan
01.07.20	feh QW	----- Q 3/20 -----
22.07.20	hke P - - MAH	Mahnung (1 Mahnstufe) zu Rechnung Nr.wet1321-19 vom 30.12.2019
01.01.24	hke QW	----- Q 1/24 -----