
Vertrag über die Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Postleitzahl, Wohnort des Patienten

Straße und Haus-Nr.

Private Krankenversicherung

Normaltarif Basistarif Standardtarif Studententarif Post-B KVB I-III

Name, Vorname und Anschrift des Hauptversicherten (falls abweichend vom Patienten; bei minderjährigen Patienten ggf. zusätzlich Name, Vorname und Anschrift des oder der Sorgeberechtigten)

Zwischen dem oben genannten Patienten (bzw. bei minderjährigen Patienten: dem oder den oben genannten Sorgeberechtigten) und Herrn Prof. Dr. Siebert wird die private persönliche Beratung und Behandlung durch Herrn Prof. Dr. Siebert als Wahlarzt ab dem _____ vereinbart.

Für den Fall der unvorhersehbaren Verhinderung von Herrn Prof. Dr. Siebert bin ich bei nicht verschiebbarer Behandlung mit der Übernahme seiner Aufgaben durch seinen Stellvertreter einverstanden.

Die Benennung dieser ständigen ärztlichen Vertreter vor Abschluss der Wahlarztvereinbarung bestätige ich durch meine nachfolgende Unterschrift:

Ort, Datum: _____

X

Unterschrift des Patienten bzw. seines Vertreters
(bei minderjährigen Patienten: des oder der
Sorgeberechtigten)

Unterschrift des Wahlarztes bzw. seines
Abschlussbevollmächtigten

Einwilligung in die Datenweitergabe

Ich erteile hiermit die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass das Universitätsklinikum Ulm die zur Abrechnung erforderlichen wesentlichen Daten der Behandlung, insbesondere solche aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Befunde, Behandlungsverläufe), auch soweit es sich dabei um „besondere Arten personenbezogener Daten“ i.S. v. § 33 Abs. 1 des Landesdatenschutzgesetzes (LDSG) handelt, der damit beauftragten Abrechnungsstelle, der PAS Privatärztliche Abrechnung Stolzke GmbH, Katharinenstr. 12, 10711 Berlin, ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Inkassos zur Verfügung stellt. Insoweit entbinde ich Herrn Prof. Dr. Siebert bzw. das Universitätsklinikum Ulm ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

X

Unterschrift des Patienten bzw. seines
Vertreters (bei minderjährigen Patienten: des
oder der Sorgeberechtigten)