
Vertrag über die Inanspruchnahme ambulanter privatärztlicher Leistungen

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Postleitzahl, Wohnort des Patienten

Straße und Haus-Nr.

Private Krankenversicherung

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 obengenannten Sorgeberechtigten) und dem Universitätsklinikum Ulm wird die ambulante Beratung und Behandlung in der privatärztlichen Ambulanz des Instituts für Humangenetik ab dem _____ bis auf schriftlichen Widerruf durch den Patienten vereinbart.

Sollten zur Klärung der Diagnose oder zur Behandlung weitere Fachärzte zugezogen werden, erfolgt auch hierbei private persönliche Beratung und Behandlung.

Das berechnete Honorar für die privatärztliche Behandlung ist an das Klinikum zu zahlen, das von zugezogenen anderen Ärzten berechnete Honorar an diese persönlich bzw. an das Klinikum.

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. med. 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)