

# PRIVATBEHANDLUNGSVERTRAG FÜR GESETZLICH VERSICHERTE PATIENTEN

zwischen

**Dr. med. Philipp Klawunde, Facharzt für Neurochirurgie,  
Friedrichstraße 147, 10117 Berlin**

und

Patient/in: \_\_\_\_\_

Geb.-datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

ggf. gesetzl. Vertreter: \_\_\_\_\_

Hiermit wünsche ich die Durchführung der folgenden individuellen Gesundheitsleistung(en):  
**- Ärztliche Osteopathie D.Ä.O.® (ÄMM e.V.) -**

Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte ärztliche Leistung nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehört und dass die Liquidation für diese Leistung auf der Grundlage/analog der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt, **eine Teilerstattung durch Ihre gesetzliche Krankenkasse kann nicht garantiert werden.**

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit der privatärztlichen Behandlung und Abrechnung unter den o.g. Bedingungen einverstanden. Den Regeln der Datenschutzverordnung dieser Praxis (siehe Aushang) stimme ich zu.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pat./ gesetzl. Vertreter

**Information zur Terminabsage und zum Ausfallhonorar:**

*Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, Ihre Termine mindestens **48 Stunden vor der geplanten Behandlung abzusagen**, gerne auch per Mail [terminabsage@praxis-klawunde.de](mailto:terminabsage@praxis-klawunde.de) (**bitte unbedingt auf unsere Bestätigungs-Mail achten!**) Ansonsten behalten wir uns die Stellung eines Ausfallhonorars vor. Die rechtliche Grundlage zum Honorarersatz ist im §615 BGB geregelt. Verspätungen auch aus verkehrs- und parkplatztechnischen Gründen können selten kompensiert werden und gehen daher zu Lasten Ihrer Behandlungszeit bzw. werden als nicht abgesagter Termin gewertet.*

**Ich habe diese Informationen zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit den o.g. Regelungen zum Ausfallhonorar einverstanden:**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pat./ gesetzl. Vertreter