Universitätsklinikum Essen
Hufelandstraße 55
45147 Essen

Prof. Dr. med. Heß
Wahlarzt für Gender-Dysphorie
in der Klinik für Urologie

Vertrag über die Inanspruchnahme ambulanter privatärztlicher Leistungen

Name, Vorname des Patienten _____ Geburtsdatum _____

Postleitzahl _____ Wohnort des Patienten _____ Straße und Haus-Nr. _____ Telefonnummer(n) _____

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 oben genannten Sorgeberechtigten) und dem Universitätsklinikum Essen wird die ambulante Beratung und Behandlung in der Abteilung für Gender-Dysphorie ab dem _____ bis auf schriftlichen Widerruf durch den Patienten vereinbart.

Sollten zur Klärung der Diagnose oder zur Behandlung weitere Ärzte 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.

Der Patient wird darauf hingewiesen, dass das unter Beachtung der Höchstsätze berechnete Honorar von ihm selbst zu tragen ist, sofern Versicherung(en) und/oder Beihilfestelle(n) bzw. Dritte es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen.

Die Abrechnung erfolgt in allen Fällen nach Maßgabe der Gebührenordnung für Ärzte. Bei nicht liquidierenden leitenden Ärzten steht die Forderung dem Universitätsklinikum Essen zu (siehe hierzu unten stehende besondere Vereinbarung über Abrechnung und Forderungsabtretung). **Der Patient bzw. der o. g. Vertreter konnte vor Abschluss dieser Vereinbarung die GOÄ einsehen und hierzu Fragen stellen.**

_____
Ort, Datum

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

_____
Unterschrift des Arztes bzw. seines Abschlussbevollmächtigten

Einwilligung in die Datenweitergabe

Ich erteile hiermit die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass das Universitätsklinikum Essen die zur Abrechnung erforderlichen wesentlichen Daten der Behandlung, insbesondere solche aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Befunde, Behandlungsverläufe), auch soweit es sich dabei um „besondere Arten personenbezogener Daten" i.S. v. § 3 Abs. 9 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) handelt, der aus der beigefügten Liste ersichtlichen Abrechnungsstellen, ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Inkassos zur Verfügung stellt. Insoweit entbinde ich Herrn Prof. Dr. Heß und alle an meiner Behandlung beteiligten Ärzte des Universitätsklinikum Essen ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

_____
Ort, Datum

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