

---

Prävent Centrum  
Wellinghofer Amtsstraße 33  
44265 Dortmund

---

Telefon 0231 29 27 80 – 0  
Fax 0231 29 27 80 – 10  
Email [mail@praevent-centrum.de](mailto:mail@praevent-centrum.de)  
Web [www.praevent-centrum.de](http://www.praevent-centrum.de)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

In unserem Zentrum kommen neben schulmedizinischen Diagnose- und Therapiemethoden auch eine Vielzahl von ganzheitlich ausgerichteten alternativen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren zur Anwendung. Bei bestimmten Krankheiten oder Beschwerden, vor allem aber zur Vorbeugung von Erkrankungen und zum Erhalt von Gesundheit, sind weitaus mehr Methoden langjährig erprobt und sinnvoll, als bisher von den privaten oder gesetzlichen Krankenversicherern als Standardbehandlung anerkannt werden.

Um Ihnen die unserer Auffassung nach optimale Behandlung und Therapie zur Verfügung stellen zu können, möchten wir Sie daher über die in unserer Praxis geltenden Abrechnungsbedingungen in Kenntnis setzen:

- Die Erstellung ärztlicher Gebühren erfolgt in Anlehnung an die Ziffern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
- Unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes werden die einzelnen Ziffern mit dem Faktor 1 bis maximal 3,5 multipliziert (§ 5 GOÄ).
- Da die derzeit gültige GOÄ 1982 verfasst und zuletzt 1999 aktualisiert wurde, sind eine Reihe heute angewendeter Untersuchungs- und Therapieverfahren in ihr nicht wörtlich aufgeführt. In diesen Fällen werden entsprechend § 6(2) GOÄ auf Empfehlung der Bundesärztekammer die Gebührenziffern analog angewandt, das heißt gleichwertige Leistungen unter einer Ziffer zusammengefasst.

Wir werden mit Ihnen nach einem Erstgespräch alle weiteren für Sie medizinisch notwendigen Diagnose- und Behandlungsmethoden ausführlich besprechen.

- **Erstuntersuchung und –behandlung:** je nach Bedarf zwischen 45 und 60 Minuten.
- **Zweituntersuchung und/oder Behandlungstermine:** zwischen 15-45 Minuten.

## Hinweise auf Erstattungsmöglichkeiten

### ■ Private Krankenkassen:

Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, unsere Rechnungen zur Erstattung einzureichen. Private Krankenversicherer unterscheiden sich in ihrem Erstattungsverhalten allerdings stark. Wir empfehlen daher, die erste Rechnung einzureichen und das Erstattungsverhalten abzuwarten. Falls erforderlich, können wir auf besondere Anfrage der privaten Kassen oder Beihilfe detaillierte Begründungen geben. Für die Kostenerstattung übernehmen wir jedoch keine Garantie.

### ■ Beihilfe nach der Beihilfeverordnung BVO:

Die Berechnung der ärztlichen Leistungen richtet sich für den Arzt nach den Grundlagen der Gebührenordnung für Ärzte. Es handelt sich um eine Rechtsverordnung. Die Beihilfeverordnung weicht durch eigene gesetzliche Bestimmungen in der Erstattung hiervon hin und wieder ab. So erstattet die Beihilfe z. B. 60 - 80% der Rechnungssumme, je nach Vertrags-situation. Sollten Leistungen, die nach GOÄ in Rechnung gestellt wurden (trotz zusätzlicher Begründung), von der Beihilfe nicht anerkannt werden, so ist der Differenzbetrag selbst bzw. von einer zuvor gewählten Zusatzversicherung zu zahlen.

### ■ Freiwillige Versicherung in einer gesetzlichen Krankenkasse:

Grundsätzlich besteht auch hier die Möglichkeit, unsere Rechnungen zur Erstattung einzureichen. In der Regel werden Analogziffern jedoch nicht erstattet.

### ■ Gesetzliche Krankenkassen:

Derzeit besteht keine Möglichkeit, unsere Rechnungen bei den gesetzlichen Kassen zur Erstattung einzureichen.

## Terminvereinbarung

Falls Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie um rechtzeitige Abmeldung bis mindestens 24 Stunden vorher. Falls der Termin nicht anderweitig besetzt werden kann oder unsererseits kein nachvollziehbarer gewichtiger Grund für eine Absage vorliegt sowie bei Terminausfall ohne Absage, müssen wir Ihnen den Ausfallbetrag gemäß des reservierten Zeitraumes in Rechnung stellen.

## Abrechnung durch die privatärztliche Verrechnungsstelle Westfalen Süd rkv

In der heutigen Zeit wird die ärztliche Tätigkeit sehr stark von zeitaufwendigen Verwaltungsarbeiten ausgefüllt. Um mehr Freiräume für die Behandlung unserer Patienten zu schaffen, haben wir die komplexe Rechnungserstellung der

Privatärztlichen Verrechnungsstelle Westfalen-Süd rkv  
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung ■ Massener Straße 52 ■ 59423 Unna

übertragen.

Für die Rechnungserstellung benötigt die PVS neben Anschrift, Geburtsdatum und Kostenträger die Behandlungstage, die erbrachten Leistungen nach der Gebührenordnung und die dazugehörigen Diagnosen.

Alle diese Daten werden von der privatärztlichen Verrechnungsstelle in Unna vertraulich bearbeitet, da die Mitarbeiter der Schweigepflicht gemäß §203 StGB und den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes unterliegen.

## Berechnung nach GOÄ

Hiermit beantrage ich die Untersuchung/Behandlung nach GOÄ durch die Ärzte des Prävent-Centrums, Behandlungszeitraum bis auf Widerruf. Mit der Liquidation nach GOÄ gemäß § 1 bis 12 (ausgenommen § 2) bin ich einverstanden. Ich verpflichte mich, das nach der GOÄ berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherungen und/oder Beihilfestellen es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen. Mir ist bekannt, dass das berechnete Honorar persönlich an die Ärzte des Prävent-Centrums zu zahlen ist.

- Die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die GOÄ bestand.
- Diese Erklärung habe ich nach ausreichender Information über den Inhalt vor Beginn der Behandlung unterzeichnet. Ich bin mit der Behandlung unter diesen Bedingungen einverstanden.
- Mit der Weitergabe der o. g. Daten an die PVS sowie der Geltendmachung des Rechnungsbetrages bin ich einverstanden.
- Ich bin einverstanden, dass i. R. meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Labore übermittelt bzw. von anderen mitbehandelnden Ärzten/Laboren eingeholt werden dürfen.
- Ich bin einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor bzw. Speziallabor zum Zwecke der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.
- Am Termin-Erinnerungs-Service (Recall) nehme ich teil.
- Die Patienteninformationen zum Datenschutz habe ich gelesen und bin damit einverstanden.

### Patient:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname:

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum:

### Zahlungspflichtiger/ Rechnungsempfänger:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname:

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.:

\_\_\_\_\_  
Beruf:

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort:

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

\_\_\_\_\_  
E-Mail:

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

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse:

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

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift