

Honorarvertrag

Hiermit wird zwischen dem Praxisinstitut für Neurofazial Aktivierte Stabilität GbR – Scharnhorststraße 40 – 48151 Münster und Frau / Herr

(bitte ausfüllen!)

Nachname, Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

geb.:

Tel:

Email:

Krankenversicherung:

gesetzlich: _____

privat: _____

Beihilfe: ja nein

ein Honorarvertrag geschlossen. Zwischen dem Leistungsempfänger und der Praxisinstitut NAS GbR wurden als Behandlungshonorare die Vergütungssätze der GebüH (Beihilfe Bund¹) für therapeutische Leistungen vereinbart. Der Patient erhält die Rechnung nach Abschluss der therapeutischen Leistung. Sollte es nach einer individuellen Prüfung durch die Krankenkasse zu möglichen Kürzungen bzw. zu einer Nichterstattung der Rechnung kommen, verpflichtet sich der Patient die Rechnung im vollen Umfang zu übernehmen. Dies gilt ebenfalls bei einer abweichenden Meinung seitens der Leistungsträgers über die medizinische Notwendigkeit, sowie der wissenschaftlichen Anerkennung der durchgeführten therapeutischen Maßnahmen. Die in der Rechnungsstellung vollständig analog zur GOÄ bewerteten Behandlungsmaßnahmen sind dementsprechend gekennzeichnet.

Die von den Therapeuten durchgeführten Behandlungen basieren auf wissenschaftlich anerkannten sowie teils nicht anerkannten Techniken. Die Behandlung geht NICHT mit einem Versprechen der Symptomverbesserung einher. Der Patient wurde darüber aufgeklärt, dass es innerhalb von 48. Std im Anschluss an die Behandlung zu **möglichen** Symptomverschlechterungen kommen kann.

Die Vertragsparteien verpflichten sich, die vereinbarten Termine einzuhalten. Sollten vereinbarte Termine durch den Patienten nicht wahrgenommen werden können, sind diese spätestens 48 Std. werktags (Mo.-Fr.) vor Behandlungsbeginn abzusagen. Bei Unterschreitung behält sich die Praxisinstitut NAS GbR vor, Ausfallgebühren in Rechnung zu stellen. Das Praxisinstitut NAS GbR bittet um ein ärztliches Attest sowie um telefonische Absage durch den Patienten, wenn er den Termin krankheitsbedingt nicht wahrnehmen kann. In diesem Fall wird der Termin nicht in Rechnung gestellt.

Preisliste:

NAS – Befund	bis zu 80 Min.	135,00€ - 150,00€
NAS – Einheit S	bis zu 20 Min.	45,00€ - 55,00€
NAS – Einheit M	bis zu 50 Min.	95,00€ - 102,00€
NAS – Einheit L	bis zu 80 Min.	142,00€ - 160,00€

Unterschrift Honorarvertrag

Patient /In

Abrechnung über PVS Reiss GmbH

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Der Verwaltungsaufwand in einer modernen Praxis stellt heute eine enorme Herausforderung dar. Arbeitszeit von Mitarbeitern und Ärzten wird hier zunehmend durch kaufmännische Verwaltungsaufgaben gebunden – dies ist Zeit, die bei der Behandlung und Beratung der Patienten verloren geht.

Aus diesem Grund hat sich Ihr Behandelnder für die Zusammenarbeit mit der PVS Reiss GmbH als seine Verrechnungsstelle entschieden. Wir erledigen für Ihren Behandelnden alles rund ums Thema Rechnungen und deren Abwicklung.

Für Sie als Patient bedeutet dies:

- Ihr Behandelnder und sein Team haben mehr Zeit für Ihre Behandlung und Beratung.
- Keine Mehrkosten für Sie.

Sie gewinnen aber nicht nur in den oben erwähnten Punkten, sondern haben auch weitere spürbare Vorteile durch diese Zusammenarbeit:

- Unterstützung bei Erstattungsproblemen mit Krankenkassen oder anderen Leistungsträgern.
- Auf Wunsch können Sie Ihre Rechnung auch in Raten begleichen. Erteilen Sie Ihrem Behandelnden Ihre Einwilligung und profitieren Sie von dieser Kooperation.

Information zur Abrechnung - Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenakte, an die PVS Reiss GmbH. Hierbei handelt es sich um Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, die erbrachte Leistung gem. den Gebührenordnungen sowie die dazugehörigen Diagnosen, Befunde, Rechnungsbeträge, Laborrechnungen und Formulare.

- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen auf Begleichung der Behandlungskosten an die PVS Reiss GmbH.

- Weiterabtretung der Forderung im Rahmen der Refinanzierung an die refinanzierenden Banken (apoBank, Sparkasse Hegau-Bodensee). Ich kann jederzeit das betreffende Kreditinstitut bei meinem Behandelnden und/oder der PVS Reiss GmbH erfragen. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die PVS Reiss GmbH die Leistungen meines Behandelnden mir gegenüber ausschließlich auf dessen Weisung im eigenen Namen in Rechnung stellen und auf eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann mein Behandelnder in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

Ich entbinde hiermit meinen Behandelnden von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und die Geltendmachung der Forderung erforderlich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten sowie meine Behandlungsdaten der PVS Reiss GmbH zur Rechnungsstellung und zur Geltendmachung - ggf. elektronisch - erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

Die PVS Reiss GmbH verpflichtet sich und evtl. Dienstleister zur Verschwiegenheit sowie zur Einhaltung des Datenschutzes. Diese Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft über Ihren Behandelnden oder die PVS Reiss GmbH schriftlich widerrufen werden.

Münster, den

.....

Patient /In

.....

Praxisinstitut NAS GbR