

## BEHANDLUNGSVERTRAG

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Ich erkläre hiermit, dass die bei mir durchzuführende Diagnostik und die nachfolgenden Therapien von mir gewollt sind und ausdrücklich verlangt werden. Der Arzt hat mich ausreichend und umfassend aufgeklärt. Ich wurde über alle Diagnose- und Therapieverfahren, deren Ausführung und Wirkung, die in dem oben genannten Zentrum durchgeführt werden, unterrichtet und konnte Fragen stellen. Ich habe diese Aufklärung verstanden und hatte Zeit, darüber nachzudenken bzw. mich an anderer Stelle zu informieren. Ich erkläre mich nach allen Überlegungen und der Aufklärung ausdrücklich mit der Anwendung und Durchführung der Diagnose und Therapie einverstanden und verlange die Ausführung.

In dem Aufklärungsgespräch wurde ich ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ich mich in einem **Privatinstitut** befinde, einen Dienstvertrag geschlossen habe und die Rechnungslegung angelehnt an die GOÄ als Privatrechnung an mich erfolgt.

Ich bestätige dies speziell auch und ausdrücklich für Leistungen, die laut gängiger Meinung **nicht als medizinisch notwendig angesehen** werden oder den klassischen Leitlinien des Bundesausschusses nicht entsprechen und damit **einen Behandlungsversuch darstellen**. Mir ist bekannt, dass aus diesem Grund für die durchgeführte Behandlung keine Erfolgsgarantie für die Besserung meiner Krankheit und/oder Symptome gegeben werden kann. Mir ist auch klar, dass es sich um eine Spezialbehandlung handeln kann, die nicht an jeder Klinik oder in jeder Praxis vorgehalten wird (speziell INUSphere<sup>®</sup>). Die Aufklärung erfolgte ausführlich durch den Arzt persönlich, auch speziell im Hinblick auf meine eingetragenen Diagnosen als Indikationen.

Eine Erstattung der Kosten durch etwaige Versicherer ist **nicht gegeben**. Für den Fall, dass die in Rechnung gestellten Kosten für die bei mir durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen nicht durch Beihilfe, eine Zusatzversicherung, gesetzliche Versicherung oder Privatversicherung erstattet werden, erkläre und bestätige ich mit meiner Unterschrift, **dass ich den Rechnungsbetrag in voller Höhe und unabhängig von einer Kostenübernahme durch meine Versicherung auf jeden Fall bezahlen werde**. Ich erkläre ebenso, dass ich über die notwendigen finanziellen Mittel verfüge und durch die Zahlung nicht in wirtschaftliche Not gerate. Meine Entscheidung habe ich frei, unter Beachtung der vollständigen Aufklärung und in vollem Bewusstsein getroffen.

Die Abtretung aller sich aus dieser Vereinbarung ergebenden wechselseitigen Ansprüche, gleich aus welchem Rechtsgrund, an Dritte schließe ich aus. Insbesondere ist ein Forderungsübergang nach § 86 Versicherungsvertragsgesetz n.F. oder § 67 a.F. ausgeschlossen.

Ich bin damit einverstanden, dass die mit der Anmeldung/Behandlung aufgenommenen personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet werden. Sie dürfen ausschließlich zur Bearbeitung gemäß diesem Behandlungsvertrag und der allgemeinen ärztlichen Betreuung genutzt werden. Ebenso dürfen diese Daten mit Labormaterial an Labore per Laborfahrer, GO Express oder DHL versendet werden. Dies muss unter Beachtung der gesetzlichen datenschutzrechtlichen Vorschriften erfolgen. Meine Patientendaten dürfen anonym zu Studien- oder statistischen Zwecken im Sinne medizinischer Publikationen verwendet werden.

Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich erlaube ausdrücklich die Versendung meiner Befunde per E-Mail (E-Mail eintragen) oder per Post. Nichtzutreffendes bitte streichen.

Ich wurde darüber informiert, dass ich der Zustimmung zur Verwendung jederzeit widersprechen und sie zurücknehmen kann.

Nach dem bisherigen Stand des klinischen Bildes und der Vorgeschichte der Versicherten/des Versicherten sind ca. \_\_\_\_\_ Behandlungen mit INUSphere<sup>®</sup> als geeignet anzusehen. Die Kosten wurden in einem gesonderten Honorarvertrag per Unterschrift bestätigt und liegen mir vor.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_

PART OF

ELLER  KELLERMANN



**ELLANN<sup>®</sup> HEALTH**

c/o INUSpherezentrum Berlin GbR

Leipziger Platz 18D – 10117 Berlin

Tel. +49 (0) 30 863 242 50

Fax +49 (0) 30 863 242 530

Mail kontakt@ellann-health.com

**Gesellschafter**

Prof. Dr. med. Gerhard Eller

Prof. Dr. med. Ivan Kellermann

**Ärztliche Leitung**

Dr. med. Birgit Bernadette Heinisch-Röchert

**Leitung Anästhesie**

Dr. med. Galina Kellermann

**Geschäftsführung**

Stefanie Hladitsch

**Bankverbindung**

Commerzbank

IBAN: DE52 6204 0060 0213 2736 00

BIC: COBADEFFXXX