

Behandlungsvertrag für die ambulante Behandlung

zwischen

Bitte Etikett aufkleben oder deutlich ausfüllen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

- Patient -

und dem Universitätsklinikum Würzburg über die ambulante Behandlung zu den Bedingungen der Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) in der jeweils gültigen Fassung.

- Basis-/Standardtarif der PKV**
Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt zu den im § 75 Abs. 3a SGB V für den Basis- / Standardtarif festgelegten Gebührensätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Abrechnung erfolgt nach Abschluss der ambulanten Behandlung unmittelbar gegenüber dem Patienten.
- Selbstzahler**
Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt nach dem Tarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG-NT), dessen Anwendung die Vertragsparteien hiermit vereinbaren. Die Abrechnung erfolgt nach Abschluss der ambulanten Behandlung unmittelbar gegenüber dem Patienten.
- Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) – Gruppe A**
Bei Patienten, die Versicherte der Gruppe A der PBeaKK sind, werden die erbrachten Leistungen aufgrund einer vertraglichen Vereinbarung zwischen dem Universitätsklinikum und der PBeaKK unmittelbar mit der PBeaKK abgerechnet, soweit es sich um medizinisch erforderliche und wirtschaftlich angemessene Leistungen im Sinne der vertraglichen Vereinbarung handelt. Der Patient verpflichtet sich, ggf. erbrachte Leistungen, die nicht von der mit der PBeaKK vereinbarten Direktabrechnung umfasst sind, selbst zu tragen.

Wichtiger Hinweis

Der **Basistarif** der Privaten Krankenversicherung (PKV), verschiedene individuell vereinbarte **Sondertarife** der PKV sowie die Versicherungsleistungen der **Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK)** und der **Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB)** umfassen die abgerechneten Leistungen ggf. **nicht** oder nicht in vollem Umfang. Soweit der Patient in einem dieser Tarife bzw. bei der PBeaKK oder der KVB versichert ist, verpflichtet er sich ggf. anfallende Kosten, die über die Leistung der Krankenversicherung hinausgehen, selbst zu tragen.

Datum	Unterschrift der Patientin/des Patienten
	Unterschrift <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> gesetzl. Vertreter <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt vor / <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <div style="text-align: right; font-size: small;">(Name in Druckbuchstaben)</div>
Datum	Unterschrift der Mitarbeiterin /des Mitarbeiters des Universitätsklinikums Würzburg
	(Name in Druckbuchstaben)