

Individualvereinbarung

Am _____ wurde mir von Herrn/Frau Dr. med. _____ in Vertretung von << Arzt >> mitgeteilt, dass dieser in der Zeit vom _____ bis _____ abwesend bzw. verhindert ist und deshalb die von mir gewünschte persönliche Behandlung bzw. den bei mir vorgesehenen Eingriff nicht persönlich durchführen kann.

Herr/Frau Dr. med. _____ hat mich weiterhin darüber aufgeklärt, dass ich

- die Behandlung bzw. den Eingriff bis zur Rückkehr von << Arzt >> verschieben kann,
- die Behandlung bzw. den Eingriff als allgemeine Krankenhausleistung – ohne Inanspruchnahme von gesondert berechenbaren ärztlichen Wahlleistungen – eine fachgerechte Behandlung bzw. ein fachgerechter Eingriff durchführen lassen kann.

Die Behandlung bzw. der Eingriff wird dabei aber durch den jeweiligen diensthabenden Facharzt erfolgen.

- die Behandlung bzw. den Eingriff durch den ständigen persönlichen Vertreter von << Arzt >> , Herrn/Frau Dr. med. _____, zu den Konditionen der bereits unterzeichneten Wahlleistungsvereinbarung vornehmen lassen kann.

In Kenntnis dieser Möglichkeiten wünsche ich nicht, dass wegen der Abwesenheit/Verhinderung von << Arzt >> die Behandlung bzw. der für den _____ vorgesehene Eingriff verschoben wird.

Ich erkläre mich vielmehr ausdrücklich damit einverstanden, dass die Behandlung und der Eingriff durch Herrn/Frau Dr. med. als persönlicher Vertreter/in von << Arzt >> zu den Konditionen der Wahlleistungsvereinbarung vom _____ durchgeführt wird und << Arzt >> weiterhin berechtigt ist die Leistungen seines ständigen ärztlichen Vertreters als eigene Leistungen zu liquidieren.

Zugleich bestätige ich durch meine Unterschrift, dass die Vereinbarung auf der Grundlage einer zuvor erfolgten mündlichen Absprache getroffen wurde.

Vor – und Nachname: _____

Datum _____

Unterschrift des Patienten bzw. seines Vertreters
sowie handschriftliche Ergänzung mit "gelesen und einverstanden"

Unterschrift des Arztes