



Behandlungsbedingungen

Harmoniepraxis – Dr. Ajnacska Rozsasi, Fachärztin für HNO

1. Behandlungsvertrag / Wahlarztstatus

Sie werden in dieser Ordination als Privatpatientin bzw. Privatpatient (Wahlarztordination) behandelt. Die Abrechnung erfolgt direkt mit Ihnen. Sie erhalten im Anschluss eine Honorarnote, die bei Ihrer Sozialversicherung oder privaten Zusatzversicherung zur teilweisen Kostenrückerstattung eingereicht werden kann.

Ich unterliege als Ärztin der gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht gemäß § 54 Ärztegesetz (ÄrzteG).

2. Honorar / Zahlungsbedingungen

Das Honorar richtet sich nach dem medizinischen Aufwand und den erbrachten Leistungen. Die Bezahlung erfolgt unmittelbar nach der Behandlung in bar, per Überweisung oder – sofern verfügbar – mittels Bankomat- oder Kreditkarte.

Eine Rückerstattung durch die Sozialversicherung ist möglich, kann jedoch nicht garantiert werden.

3. Terminvereinbarung

Vereinbarte Termine sind verbindlich. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, ersuche ich um rechtzeitige Absage – mindestens 24 Stunden im Voraus –, damit der Termin anderweitig vergeben werden kann.

4. Datenschutz

Ihre personenbezogenen Daten werden gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO, Art. 6 Abs. 1 lit. b und c) verarbeitet. Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zum Zweck Ihrer medizinischen Betreuung. Eine Weitergabe an Dritte findet nicht statt, es sei denn, Sie haben mich ausdrücklich und schriftlich von der ärztlichen Verschwiegenheit entbunden (z. B. für die Übermittlung von Befunden an weiterbehandelnde Stellen).

Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie auf Wunsch in schriftlicher Form oder auf meiner Website.

5. Kommunikation

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mich die Harmoniepraxis – Dr. Ajnacska Rozsasi telefonisch oder per E-Mail kontaktieren darf, beispielsweise zur Terminvereinbarung oder zur Übermittlung medizinischer Befunde.

Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten

Ich,

Name: _____

Geburtsdatum: _____

habe die oben genannten Behandlungsbedingungen gelesen, verstanden und erkläre mich damit einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patientin / Patient: _____