

- Die gesondert berechenbaren Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtung persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs.2 Satz 1 GOÄ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs.2 Satz 3 GOÄ) erbracht.

Für den Fall der unvorhergesehenen Verhinderung des Wahlarztes der jeweiligen Fachabteilung bin ich mit der Übernahme seiner Aufgaben durch einen benannten ständigen ärztlichen Vertreter einverstanden. Für eine Behandlung durch den Wahlarzt (oder seinen ständigen ärztlichen Vertreter) verpflichte ich mich zur Zahlung einer zusätzlichen Wahlarztvergütung. Bei einer Verlegung bin ich damit einverstanden, dass der Wahlarzt der jeweilige Chefarzt der Abteilung ist. Einer Behandlung durch andere Ärzte stimme ich zu, zahle dann aber nicht die Wahlarztvergütung.

Liste der in der Evangelischen Elisabeth Klinik tätigen Wahlärzte und ihrer ständigen Vertreter:

Allgemeinchirurgie <input type="checkbox"/> Wahlarzt Chefarzt Dr. PD med. Maik Kilian	seine ständige Vertreterin Lt. Oberärztin Sima Schahandeh-Stappenbeck
Anästhesie und Intensivmedizin <input type="checkbox"/> Wahlarzt Chefarzt Dr. med. Christoph Melzer-Gartzke	seine ständigen Vertreter Oberärztin Anja-Tamara Lange Oberarzt Dr. med. Thomas Mohr Oberärztin Sabine Bähge
Innere Medizin <input type="checkbox"/> Wahlärztin Chefärztin Dr. med. Angelika Behrens <input type="checkbox"/> Wahlärztin Chefärztin Dr. med. Vera Stiehr	ihre ständigen Vertreter im Oberarzt Dr. med. Friedhart Paul Oberärztin Susanne Fuhr Oberarzt Dr. med. Benedikt Bartholomé
Zentrum Lasermedizin <input type="checkbox"/> Wahlarzt Leiter Zentrum Dr. med. Carsten M. Philipp <input type="checkbox"/> Wahlärztin Departement Proktologie Dr. Corinna Langelotz	seine ständigen Vertreter Oberärztin Dr. med. Margitta Poetke Oberärztin Julia Becker Köhnlein Oberärztin Sima Schahandeh-Stappenbeck Oberärztin Dr. med. Anja Jung
Orthopädie und Unfallchirurgie <input type="checkbox"/> Wahlarzt Chefarzt Friedrich Jahn <input type="checkbox"/> Wahlarzt Departmentleiter Vorfußchirurgie Dr. Jürgen Wied <input type="checkbox"/> Wahlarzt Departmentleiter Rückfußchirurgie Andreas Kieselbach <input type="checkbox"/> Wahlarzt Departmentleiter Wirbelsäulenchirurgie Dr. Christoph Gill <input type="checkbox"/> Wahlarzt Departmentleiter Kniegelenkschirurgie Dr. Karsten Moeller	sein ständiger Vertreter Oberarzt Dr. med. Kai Roske
Plastische Chirurgie und Handchirurgie <input type="checkbox"/> Wahlarzt Chefarzt Prof. Dr. med. Markus Küntscher	sein ständiger Vertreter Lt. Oberarzt Dr. med. Sascha Bull
Radiologisches Institut Evangelische Lungenklinik Berlin gGmbH <input type="checkbox"/> Wahlarzt Dr.med. (H) André Puriss	

Wichtiger Hinweis:

Für die Inanspruchnahme der oben genannten Wahlleistungen besteht kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz. Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts verpflichtet. Prüfen Sie bitte im eigenen Interesse, ob bzw. in welcher Höhe Ihre private Krankenversicherung / Beihilfe etc. diese Kosten deckt.

Ich bin vor der Unterzeichnung dieses Antrages

- über die Entgelte für die von mir beantragte(n) Wahlleistung(en) auch der Höhe nach,
- über die Berechnung der von mir beantragten ärztlichen Wahlleistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unter Berücksichtigung der dort bestimmten Minderung der Gebühren um 25 v.H. unterrichtet worden.

Datenübermittlung

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus externe Abrechnungsstellen mit der Durchführung der Abrechnung der wahlärztlichen Leistungen beauftragt. Dazu ist die Angabe und Übermittlung meiner zur Abrechnung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten wie

- Name
- Anschrift
- Geburtsdatum
- Behandlungstage
- erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und dazugehörige Diagnosen erforderlich.

Ja Nein

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Der Vertrag unterliegt deutschem Recht.

Berlin,

Ort, Datum, Uhrzeit



.....
Unterschrift des Patienten
(bei minderjährigen Patienten: des oder der
Sorgeberechtigten)

.....
Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht

.....
Unterschrift des Vertreters

.....
(Name in Druckbuchstaben wiederholen)