



## **See-Clinic Überlingen GmbH**

Konzessionierte Privatklinik nach §30 GWO

Hägerstraße 4 – 88662 Überlingen

Tel.: 07551-8329-742

fax: 07551-8329-472

info@see-clinic.de

www.see-clinic.de

# BEHANDLUNGSVERTRAG

## **Zusammenfassung**

### **1. Haftungsrecht**

Jeder Arzt handelt eigenverantwortlich. Es gibt keine durchgreifende Haftung.  
Bei Übernachtungen weisen wir daraufhin, dass es eine ärztliche Rufbereitschaft, jedoch keinen ärztlichen Präsenzdienst gibt.

### **2. Kosten**

Während Ihres Aufenthaltes werden in unseren Räumlichkeiten erbrachte Leistungen durch uns in Rechnung gestellt. (Details s.u.).

Zur Vereinfachung und Transparenz lehnen wir unser Entgeltsystem - soweit möglich - an die öffentliche Fallpauschalensystematik, auch DRGs genannt, an. Sie finden diese beispielsweise im Internet, z.B. auf den Seiten der Universität Münster. Sollten weitere Kosten absehbar sein, so werden Sie selbstverständlich bereits vorab informiert.

### **3. Betreiberunternehmen**

Die See-Clinic Überlingen ist eine nach § 30 Gewerbeordnung konzessionierte Privatklinik.

### **See-Clinic Überlingen GmbH**

Hägerstraße 4 – 88662 Überlingen

Tel.: 07551-8329-742

fax: 07551-8329-472

info@see-clinic.de

www.see-clinic.de

Ärztliche Leitung: Dr. med. Ewald Renz  
Dr. med. Richard Volz

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Bitte Rückseite beachten!

# AUFNAHME und VERTRAGSBEDINGUNGEN

Vertrag zwischen der **See-Clinic Überlingen GmbH**

und **§5016§ §1050§**, geboren am **§1077§**

wohnhaft: **§1051§, §1052§**, versichert bei **§1075§**

zu.....% beihilfeberechtigt

Aufnahmetag: .....Voraussichtliche Entlassung:.....

Dieser Vertrag wird zwischen Ihnen, bei Minderjährigen oder nicht geschäftsfähigen Personen dem gesetzlichen Betreuer, und der See-Clinic Überlingen GmbH geschlossen.

Vertragspartner ist keinesfalls eine Versicherung, Beihilfestelle oder vergleichbare Institution. Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt - sofern uns diese die Möglichkeit hierzu schriftlich eingeräumt hat - direkt mit Ihrer Versicherung. Diesbezüglich treten Sie vorsorglich Ihre Ansprüche gegenüber der Versicherung / Kostenträger an die See-Clinic Überlingen GmbH ab.

Die See-Clinic Überlingen GmbH darf berechtigte Forderungen gegenüber Dritten, z. B. Abrechnungsunternehmen wie z.B. PVS, mediserv, BFS o.ä. veräußern. Diesbezüglich stimmen Sie dem damit verbundenen Datenaustausch zu, gemäß den gesetzlichen Bestimmungen.

Die allgemeinen Vertragsbedingungen (AVBs) sowie der aktuell gültige Pflegekostentarif der See-Clinic Überlingen GmbH sowie die Patienteninformation zum Datenschutz wurden mir schriftlich ausgehändigt.

Ich habe die umseitige Zusammenfassung und die allgemeinen Vertragsbedingungen (AVBs) und den aktuell gültigen Pflegekostentarif der See-Clinic Überlingen GmbH sowie die Patienteninformation zum Datenschutz gemäß DSGVO zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Ich hatte hinreichend Zeit mich zu informieren. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Rückfragen zu stellen und habe keine weiteren Fragen.

Überlingen, den .....

.....  
See-Clinic Überlingen GmbH

.....  
Unterschrift des Pat. oder bevollm. Vertreters

**See-Clinic Überlingen GmbH**  
Hägerstrasse 4  
88662 Überlingen  
Fon 07551-8329-742  
Fax 07551-8329-472  
info@see-clinic.de

**Bankverbindung**  
Volksbank Überlingen  
IBAN DE17 6906 1800 0006 501800  
BIC GENODE61UBE  
www.see-clinic.de

**Dr. med. Ewald Renz**  
Geschäftsführer  
e.renz@see-clinic.de

**Dr. med. Richard Volz**  
Geschäftsführer  
r.volz@see-clinic.de

**Konzessionierte Privatklinik nach §30 Gewerbeordnung**  
Amtsgericht Freiburg HRB 712062 - Steuernummer 87007/12914