



Vertretungsvereinbarung

Am _____ wurde mir von Frau/Herr Dr. med. _____ in Vertretung von **Prof. Dr. med. Daniel Rein** mitgeteilt, dass dieser am _____ verhindert ist und deshalb den bei mir vorgesehenen Eingriff nebst den in diesem Zusammenhang anfallenden Begleitleistungen wegen Abwesenheit nicht persönlich durchführen kann.

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

- die Operation bis zur Rückkehr von **Prof. Dr. med. Daniel Rein** verschieben kann,
(1. Variante)
- die Operation als allgemeine Krankenhausleistung – ohne Wahlleistungsvereinbarung – durch den jeweiligen diensthabenden Arzt durchführen lassen kann,
(2. Variante)
- die Operation durch den Vertreter von **Prof. Dr. med. Daniel Rein**, Frau/Herrn Dr. med. _____ zu den Konditionen der bereits unterzeichneten Wahlleistungsvereinbarung vornehmen lassen kann. Die Liquidation wird auch in diesem Fall durch **Prof. Dr. med. Daniel Rein**, Frau /Herrn Dr. med. _____ erfolgen.
(3. Variante)

In Kenntnis dieser Möglichkeiten entscheide ich mich für die

- 1. Variante
- 2. Variante
- 3. Variante

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Patienten
Bzw. seines Vertreters

Unterschrift des Arztes

Vereinbarung

zwischen

Herrn Prof. Dr. med. Daniel Rein,
Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
St. Elisabeth-Krankenhaus Köln-Hohenlind, Werthmannstr. 1, 50935 Köln
und

Name, Vorname der Patientin	Geb.-Datum
Straße, PLZ, Ort	Telefon:
Name des Arbeitsgebers	
Telefon dienstlich:	
E-mail:	
Krankenversicherung	Vers.-Nr.:
<input type="checkbox"/> ambulant Arztwahl <input type="checkbox"/> stationär Arztwahl <input type="checkbox"/> ambulant u. stationär Arztwahl	
Zuweisender Arzt:	

Die Parteien vereinbaren eine privatärztliche Behandlung.

Für den Fall der Verhinderung von Herrn Chefarzt Prof. Dr. Rein durch Ortsabwesenheit, Urlaub, Krankheit oder sonstige unvorhersehbare Umstände soll die Behandlung durch die ständigen ärztlichen Vertreter (siehe Wahlleistungsvereinbarung des St. Elisabeth-Krankenhauses) von Herrn Prof. Dr. Rein, erfolgen.

Die Abrechnung erfolgt nach der jeweils gültigen Fassung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu den Konditionen der bereits unterzeichneten Wahlleistungsvereinbarung des Krankenhauses. Für den Fall, dass der Versicherungsträger dennoch den gesamten Rechnungsbetrag nicht übernimmt, verpflichtet sich die Versicherte hiervon unabhängig zu einem vollständigen Rechnungsausgleich.

Die Patientin ist damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten an eine privatärztliche Verrechnungsstelle (PRS GmbH, Fr. Kirch, Am Broich 5, 51465 Bergisch Gladbach) zur Rechnungserstellung bzw. ggf. zur weiteren Geltendmachung der Forderung an ein Inkasso-Unternehmen (BÜRGELE Dortmund Döneke & Da Silva GmbH & Co. KG, Poststr. 8, 44137 Dortmund) gegeben werden dürfen.

Köln, den _____

Prof. Dr. med. D. Rein

Unterschrift (Name, Vorname) der Patientin



Dr. Kai Knoop
Arzt für Kinder- und Jugend-
Medizin,
Arzt für Allgemeinmedizin
Pädiatrische Endokrinologie
& Diabetologie
Werthmannstr. 1c
50935 Köln

Max Braun
Arzt für Kinder- und
Jugendmedizin
Pädiatrische Endokrinologie
Allergologie & Diabetologie
Hohenzollernring 14
50672 Köln

Guido Kuhmann
Arzt für Kinder- und
Jugendmedizin
Allergologie &
Neonatologie
Weyertal 46
50937 Köln

Kind.....
Name Vorname Geburtsdatum

Mutter.....
Name Vorname Geburtsdatum

Vater.....
Name Vorname Geburtsdatum

Adresse.....
Straße PLZ Ort

Telefonnummer.....

Krankenkasse.....

Hiermit erkläre ich, dass ich für die Untersuchungen meines o.g. Kindes die private Behandlung von Herrn Dr. K. Knoop, Herrn Braun oder Herrn Kuhmann wünsche.

Für den Fall seiner Verhinderung durch Urlaub, Krankheit oder Wahrnehmung unaufschiebbarer Dienstgeschäfte bin ich auch mit der Behandlung ihrer Vertreter, Frau Dr. A. Kribs, Herr PD Dr. F. Eifinger, Frau PD Dr. K. Mehler, Herr PD Dr. A. Oberthür, Herr Dr. A. Bönte einverstanden.

.....
Datum

.....
Unterschrift.