



Wahlarztvertrag

Name, Vorname und Anschrift des Antragstellers

- Ich beantrage: ☐ für mich
☐ für meine Ehefrau/für meinen Ehemann
☐ für mein Kind
☐ für _____

die private, persönliche Behandlung durch den zur privatärztlichen Leistung verpflichteten angestellten oder beamteten Arzt, bei dem die Liquidation durch das Universitätsklinikum Aachen vorgenommen wird, und zwar

Name des Wahlarztes _____

Für den Fall der unvorhergesehenen Verhinderung des Wahlarztes bin ich mit der Übernahme seiner Aufgaben durch seinen ärztlichen Vertreter einverstanden. Die Namen der als Vertreter in Frage kommenden Ärzte sind mir vor Abschluss dieses Wahlarztvertrages schriftlich bekannt gemacht worden. Eine entsprechende Übersicht habe ich erhalten.

Ich bin darüber informiert worden, dass

1. die Vereinbarung entsprechend [§ 621 Abs. 1 Ziff. 1 BGB](#) an jedem Tag für den Ablauf des Folgetages kündbar ist,
2. das Universitätsklinikum sowie die liquidationsberechtigten angestellten oder beamteten Ärzte das Honorar für die privatärztliche Behandlung separat zur eigentlichen Krankenhausrechnung in Rechnung stellen,
3. sich die Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Universitätsklinikums Aachen bezieht, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung ([§ 115a SGB V](#)) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Universitätsklinikums. Als wahlärztliche Leistungen gelten auch Leistungen, die unter Aufsicht des leitenden Arztes nach fachlicher Weisung von nichtärztlichen Therapeuten erbracht werden.
4. die zur privatärztlichen Leistung verpflichteten bzw. die liquidationsberechtigten angestellten oder beamteten Ärzte die ärztlichen/wahlärztlichen Leistungen nach der [Gebührenordnung für Ärzte \(GOÄ\)](#)/[Gebührenordnung für Zahnärzte \(GOZ\)](#) berechnen, sofern sie mit dem Zahlungspflichtigen nichts anderes vereinbart haben.

Eine mir ausgehändigte schriftliche Information über die Entgelte der Wahlleistungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich übernehme die Haftung für das Begleichen der aus diesem Verträge entstehenden Forderungen auch insoweit, als ich die Wahlleistungen nicht für mich selbst beantrage. Meine Verpflichtung zur Entrichtung des Behandlungsentgeltes besteht ungeachtet einer vollen oder teilweisen Übernahme durch Dritte.

Ort, Datum	Patientin/Patient	Krankenhausmitarbeiterin/ Krankenhausmitarbeiter
------------	-------------------	---

