

Honorarvereinbarung Privatpatient

Hinweise zur privatärztlichen Leistungsabrechnung, Einverständniserklärung Datenweitergabe wegen Forderungseinzugs

zwischen der Berufsausübungsgemeinschaft des ENDOKRINOLOGIKUM ULM 1 UND ENDOKRINOLOGIKUM ULM 2, Medizinische Versorgungszentren (Träger MediVision Trägergesellschaft mbH) und

Name/Patient	[BLOCKSCHRIFT] Vorname	Geburtsdatum
Versicherter/Zahlungspflichtiger	[BLOCKSCHRIFT] Vorname	Geburtsdatum
Adresse (Patient/Zahlungspflichtiger)		Telefon (Patient)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich zu einer Behandlung in der Berufsausübungsgemeinschaft ENDOKRINOLOGIKUM ULM entschlossen.

Die Honorarabrechnung für privatärztliche Leistungen aus den Medizinischen Versorgungszentren erfolgt per Privatliquidation auf der Basis der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte). In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass Erstattungen des Honorars durch die Erstattungsstellen (Beihilfestellen bzw. Private Krankenversicherungen) trotz medizinischer Notwendigkeit möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Wir machen auch darauf aufmerksam, dass die medizinisch notwendige Diagnostik von endokrinologischen Erkrankungen eine umfangreiche Labordiagnostik mit hohem und dementsprechend kostenintensiven Untersuchungsumfang erfordern kann, der über den gewöhnlichen diagnostischen Aufwand, wie er in anderen endokrinologischen Praxen betrieben wird, in medizinisch begründeten Einzelfällen hinausgehen kann. Dies kann insbesondere bei medizinisch notwendigen DNA-Analysen der Fall sein.

Sollte sich die zuständige Erstattungsstelle nur bereit erklären, Teile der Behandlungskosten zu erstatten, so müssten Sie den sich ergebenden Differenzbetrag zur vollen Liquidation selbst tragen.

Spezielle Analysen werden mit Ihrem hierdurch erteilten Einverständnis in anderen Laboren durchgeführt, wofür von dort eine separate Privatliquidation ausgestellt wird. Über die Laborleistungen erhalten Sie gesonderte Rechnungen durch die jeweiligen Labore (z.B. Endokrinologikum Labor Hamburg der MediVision Trägergesellschaft mbH, MVZ GenteQ GmbH, MVZ AescuLabor Karlsruhe GmbH).

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- zum Zwecke des Forderungsmanagements hierfür erforderliche Patientendaten auch an eine durch die MediVision Trägergesellschaft mbH, die MediVision Betriebsgesellschaft mbH oder eine ihrer Tochtergesellschaften (Endokrinologikum Labor Hamburg der MediVision Trägergesellschaft mbH, MVZ MediVision Altona GmbH, MVZ GenteQ GmbH, MVZ AescuLabor Karlsruhe GmbH) beauftragte Abrechnungsbzw. Inkassostelle (z.B. DGLAB GmbH; DGPAR GmbH) übermittelt werden.
- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und weiteren Leistungserbringern wie externe Auftragnehmer (Labor, externe Konsiliarlabore) zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung erhebt und für den Zweck der von ihm zu erbringenden Leistung verarbeitet und nutzt.
- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mitbehandelnde und weitere Leistungserbringer wie externe Auftragnehmer (Labor, externe Konsiliarlabore) zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt.

Zur Kenntnis genommen und einverstanden:

Datum / Unterschrift Patient/-in /Eltern oder Vertretungsberechtigte

Datum Unterschrift Arzt