

Einverständnis Honorarvereinbarung

Hinweise zur privatärztlichen Leistungsabrechnung, Einverständniserklärung Datenweitergabe wegen Forderungseinzugs

zwischen dem endokrinologikum Hamburg, Medizinisches Versorgungszentrum, (Träger MediVision Betriebsgesellschaft mbH) und

Name/Patient [BLOCKSCHRIFT] Vorname Geburtsdatum

Versicherter/Zahlungspflichtiger [BLOCKSCHRIFT] Vorname Geburtsdatum

Adresse (Patient/Zahlungspflichtiger) Telefon (Patient)

Name der Krankenversicherung:

Falls vorhanden, Sondertarif angeben (bitte entsprechende Unterlagen vorlegen)

Postbeamten B Basistarif Standardtarif Studententarif

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Sie haben sich zu einer Behandlung im MVZ ENDOKRINOLOGIKUM HAMBURG entschlossen.
Die Honorarabrechnung für privatärztliche Leistungen aus dem Medizinischen Versorgungszentrum 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.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- 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 Leistungserbringern wie externe Auftragnehmer (Labor, externe Konsiliarlabore) zum Zweck der weiteren Behandlung übermittelt.

Im Rahmen der Honorar-Vereinbarung erkläre ich mich einverstanden, dass die Abrechnung der Laborleistung durch eine autorisierte Abrechnungsstelle erfolgen darf.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Vielen Dank für Ihr Verständnis. Bei Fragen steht Ihnen Ihr Arzt gerne zur Verfügung.

Zur Kenntnis genommen und einverstanden:

Datum / Unterschrift Patient/-in /Eltern oder Vertretungsberechtigte

Datum Unterschrift Arzt