

## Honorarvereinbarung zur privatärztlichen Leistungsabrechnung nach GOÄ Einverständniserklärung Datenweitergabe wegen Forderungseinzugs

Diese Vereinbarung wird geschlossen zwischen dem MVZ für Laboratoriumsmedizin und Humangenetik Hamburg GmbH, vertreten durch den unterzeichnenden Arzt, und

---

Name / Vorname / Geburtsdatum des Patienten/der Patientin

---

PLZ / Ort / Telefonnummer / Krankenversicherung

Hiermit gebe ich an, dass ich mich zu einer Behandlung im MVZ für Laboratoriumsmedizin und Humangenetik Hamburg GmbH entschlossen haben.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Honorarabrechnung für die gesamte Therapie per Privatliquidation auf der Basis der GOÄ (Gebührenordnung der Ärzte) erfolgt. Eine Erstattung des Honorars durch Erstattungsstellen ist trotz medizinischer Notwendigkeit möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Der Untersuchungsumfang bei aufwändigen medizinisch-diagnostischen Abklärungen und Behandlungen, wie zum Beispiel bei unerfülltem Kinderwunsch oder einer endokrinologischen (hormonellen) Störung / Erkrankung kann mit einer umfangreichen und auch kostenintensiven Labordiagnostik einhergehen, die häufig auch über den gewöhnlichen Aufwand wie er in anderen Praxen erfolgt hinausgehen. Dies kann insbesondere auch bei medizinisch notwendigen DNA-Analysen (genetische Untersuchung) zutreffen.

Spezielle Analysen werden mit Ihrem hierdurch erteilten Einverständnis falls erforderlich in auswärtigen Laboren durchgeführt, wofür dort eine separate Privatliquidation ausgestellt wird.

Sollte sich die zuständige Krankenversicherung bereit erklären, nur Teile der Behandlung zu bezahlen, so sind unsere Rechnungsforderungen Ihnen gegenüber davon unberührt und ein sich evtl. ergebender Differenzbetrag zur vollen Liquidation wäre von Ihnen selbst zu tragen. Die Einzelleistungen und die Diagnosen gehen aus der Privatliquidation hervor.

### ***Ich erkläre mich einverstanden, dass***

- ***Mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und weiteren Leistungserbringern wie externe Auftragnehmer (Labore, 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 (Labore, externe Konsiliarlabore) zum Zweck der weiteren Behandlung übermittelt.***
- ***Im Rahmen der Honorarvereinbarung erkläre ich mich einverstanden, dass die Abrechnung der Leistungen durch eine autorisierte Abrechnungsstelle erfolgen darf.***

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

**Zur Kenntnis genommen und einverstanden:**

---

Ort, Datum                      Unterschrift Patient/in

---

Ort, Datum                      Unterschrift Arzt / Ärztin