

Vertragsvereinbarung Privatliquidation

zwischen uns

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

und den behandelnden Ärzten des Kinderwunsch Centrum München MVZ,
wird folgende Vereinbarung getroffen:

Wir wurden darüber aufgeklärt, dass in manchen Fällen die private Krankenversicherung oder im Falle einer Selbstzahlerleistung die gesetzliche Versicherung eine Übernahme der Kosten ganz oder teilweise ablehnt oder evtl. abzulehnen versucht.

In Kenntnis davon erkennen wir hiermit an, dass wir für diese Leistungen der Ärzte zahlungspflichtig sind, auch wenn eine Erstattung der Kosten durch die private Krankenversicherung nicht oder nur teilweise erfolgen wird.

In diesem Zusammenhang sind wir auch darauf hingewiesen worden, dass unsere Behandlung ärztliche Leistungen beinhalten, die ggfs. einen erhöhten Schwierigkeitsgrad haben und/oder einen größeren Zeitaufwand erfordern und deshalb im Rahmen der GOÄ (Ärztliche Gebührenordnung, entsprechend den Vorgaben der Bundesärztekammer und des Berufsverbandes Reproduktionsmedizinischer Zentren) mit einem Multiplikationsfaktor bis 2,3 (ggfs. 2,5 oder 3,5) versehen werden können.

Für den Fall, dass die (analoge) GOÄ-Ziffer und/oder der Multiplikationsfaktor, welche nur in berechtigten Fällen und mit entsprechender Begründung angesetzt werden, von der Krankenversicherung nicht oder nicht in vollem Umfang anerkannt werden, ist die sich ergebene Differenz von uns privat zu übernehmen.

Wir wurden ferner darauf hingewiesen, dass evtl. spezielle Analysen in anderen Labors durchgeführt werden müssen. Von diesen erhalten wir eine gesonderte Privatliquidation für die obige Vereinbarungen entsprechend gelten. Wir erkennen hiermit an, dass wir aufgrund der vorstehenden Aufklärung auch diese Liquidation privat bezahlen werden, wenn eine Erstattung der Kosten durch die private Krankenversicherung nicht oder nicht vollständig erfolgt.

Die Rechnung über diese Behandlung nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) werden wir innerhalb von 4 Wochen nach Zugang bezahlen.

Mit unserer Unterschrift bestätigen wir auch, entsprechend aufgeklärt worden zu sein.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patientin

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient

Erstellt von: M. Fischhaber	Geprüft durch: Dr. Fiedler	Freigegeben von: Dr. Fiedler
Datum: 03_2012	Datum: 03_2012	Datum: 03_2012