

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG LABORAUFTRAG

Mein Arzt/meine Ärztin/mein Therapeut hat mich darüber informiert, dass nicht alle medizinischen Leistungen in seiner/ihrer Praxis/Institut durchgeführt werden können und an Fachärzte anderer Disziplinen weitergegeben werden. Dies betrifft insbesondere auch Laborleistungen aus Blut, Stuhl, Speichel, Urin, o. ä., die in Speziallabore verschickt und dort analysiert werden.

Die Ergebnisse dieser Laboruntersuchungen werden meinem Arzt/meiner Ärztin/meinem Therapeuten zur Verfügung gestellt und dienen ihr/ihm zur Unterstützung der weiteren Diagnostik und Therapie.

Die Abrechnung erfolgt ausschließlich durch den jeweiligen Leistungserbringer privatärztlich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) von 1996, wobei zum Teil Analogziffern angesetzt werden. Für Probleme bei der Kostenerstattung mit privaten Krankenversicherungen oder Beihilfestellen sind die Leistungserbringer nicht verantwortlich. Abzüge von der Rechnung aufgrund unzureichender Erstattung durch Beihilfestellen oder Krankenversicherungen sind nicht statthaft und werden nachgefordert.

Ich habe die Abrechnungsmodalitäten zur Kenntnis genommen und bin mir bewusst, dass ich als direkter Vertragspartner der entsprechenden Leistungserbringer auch dann zur Zahlung in voller Höhe verpflichtet bin, wenn eine Kostenerstattung von anderer Seite (z.B. PKV) nur teilweise oder gar nicht erfolgt.

Die Leistungen der Praxis, ebenso wie Leistungen der beauftragten Laboreinrichtungen, werden vom jeweiligen Leistungserbringer entweder direkt abgerechnet, können aber von diesen auch an zugelassene Private Abrechnungsstellen (PVS) zum Zwecke der Abrechnung weitergegeben oder an diese abgetreten werden. In diesem Fall werden an die PVS ausschließlich rechnungsrelevante Daten weitergegeben. Jede zugelassene PVS unterliegt den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und des Schweigepflichtgebotes.

Ich stimme dieser Weitergabe hiermit ausdrücklich zu. Diese Erklärung gilt als Benachrichtigung gemäß § 33 BDSG.

Bis auf Widerruf gilt diese Zustimmung auch für weitere Laboraufträge.

(Ort, Datum)

Unterschrift des Patienten
bzw. gesetzlichen Vertreters