
Partnerschaft

Dr. med. D. Meschede, Facharzt für Humangenetik

Dr. rer. nat. R. Schubert, Diplom-Biologin u. Fachhumangenetikerin GfH

Name: _____

Vorname: _____

geb.: _____

Vertrag über privatärztliche Labor-Untersuchungen an einer Abortgewebsprobe

Ich erkläre hiermit, daß ich eine privatärztliche Labor-Untersuchung (Chromosomenanalyse an Zellen aus Abortmaterial) durch Herrn Dr. med. D. Meschede oder bei dessen Abwesenheit durch einen von ihm benannten, ärztlichen Stellvertreter wünsche.

Die Rechnungsstellung für von Dr. Meschede oder seinem Vertreter oder anderen beauftragten Ärzten erbrachten Leistungen erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der Fassung vom 1.1.2000. Die Leistungsziffern in der Rechnung enthalten eine Kurzfassung der Leistungslegende. In der GOÄ nicht enthaltene Leistungspositionen werden nach §6, Abs. 2 GOÄ mittels sog. Analogziffern abgerechnet, also entsprechend einer nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung aus dem GOÄ-Verzeichnis.

Ich verpflichte mich, das Honorar nach Rechnungsstellung ohne Abzüge und unabhängig von meinen Erstattungsansprüchen gegen Krankenkassen, Versicherungen, Beihilfestellen und andere Stellen des öffentlichen Dienstes oder sonstige Dritte zu entrichten.

Ort, Datum

Unterschrift