

Name: _____

Vorname: _____

geb.: _____

Vertrag über privatärztliche Laboruntersuchungen an einer Fruchtwasserprobe

Ich erkläre hiermit, daß ich eine privatärztliche Laboruntersuchung (Chromosomenanalyse an Fruchtwasserzellen, ggfs. unter Einschluß eines Schnelltestes und / oder von DNA-Analysen) durch Herrn Dr. med. D. Meschede oder bei dessen Abwesenheit durch einen von ihm benannten ärztlichen Stellvertreter wünsche. Ich bin damit einverstanden, daß für etwaige DNA-Analysen und / oder die Messung des "AFP-Wertes" im Fruchtwasser [und bei gegebener Notwendigkeit zusätzlich des "AChE-Wertes"] Dr. Meschede in meinem Namen einen Untersuchungsauftrag an ein entsprechend ausgestattetes, kooperierendes Labor vergibt.

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