

AUFTRAG ZUR DURCHFÜHRUNG DER PROCLARIX SERUM-TESTUNG

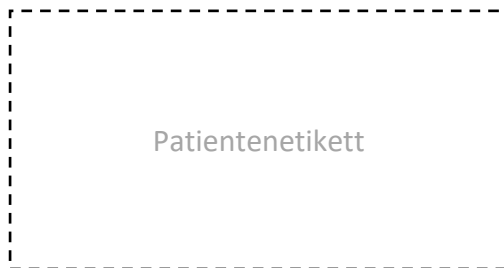
(ambulante Behandlung)

zwischen

Universitätsklinikum Frankfurt MVZ GmbH (MVZ)
Theodor-Stern-Kai 7, Haus 6
60590 Frankfurt

– nachfolgend MVZ genannt –

und



– nachfolgend Patient genannt –

wird nachstehender Auftrag geschlossen:

§ 1 Vertragsgegenstand

- 1.1 Der Patient ist in urologischer Behandlung. Der behandelnde Urologe beauftragt auf ausdrücklichen Wunsch und im Auftrag des Patienten bei dem MVZ die folgende Untersuchung: **Proclarix Serum-Testung** (ProteomediX). Bezüglich Funktionsweise, Aussagekraft und Ausschlusskriterien der Proclarix Serum-Testung wird auf den Flyer PROCLARIX® TEST (PROTEOMEDIX AG) verwiesen.
- 1.2 Der Patient erklärt, dass er diesen Auftrag und den Flyer PROCLARIX® TEST (PROTEOMEDIX AG) sorgfältig durchgelesen und alle diesbezüglichen Fragen vor der Unterschrift des Behandlungsvertrages mit dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin vollständig geklärt hat.
- 1.3 Der Patient begehrt auf ausdrücklichen eigenen Wunsch die Durchführung der unter §2 genau bezeichneten ärztlichen Leistungen. Er ist darüber aufgeklärt worden, dass diese Leistungen nicht Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung sind und durch den Vertragsarzt nicht abgerechnet werden dürfen, weil die Leistung nicht Gegenstand des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung ist.
- 1.4 Grundlage für die Behandlung ist ausschließlich der Wunsch des Patienten, die Behandlung auf eigene Kosten durchzuführen. Dem Patienten ist bekannt, dass er gegenüber seiner Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung noch Kostenbeteiligung hat.



Ein Unternehmen des Universitätsklinikums Frankfurt

§ 2 Vergütung

2.1 Für die Untersuchungsleistungen bei der Durchführung der **Proclarix Serum-Testung** (ProteomediX) vereinbaren die Parteien folgende Vergütung:

GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Auslagen*	Gebühr	Faktor	Summe
4852	Zytologische Untersuchung mit besonderen Aufbereitungsverfahren, je Untersuchungsmaterial		10,14 €	1,8	18,25 €
4x 4815 analog	Histologische Untersuchung, histochemische/optische Sonderverfahren		81,60 €	2,3	187,68 €
	Kurierdienst	250,00 €*			250,00 €
	Vergütung inkl. Kosten für Kurierdienst				455,93

* Auslagen gemäß § 10 Abs. 1 und Abs. 3 GOÄ: Die Kosten für den Kurierdienst betragen deutschlandweit ca. 250 €. Die tatsächlichen Kosten werden mit einem Kostenbeleg dem Patienten in Rechnung gestellt.

Der Patient erklärt sich bereit, den tatsächlichen Rechnungsbetrag auch dann vollständig zu begleichen, wenn dieser unter Berücksichtigung des Gebührensatzes und der Materialkosten vom voraussichtlichen Rechnungsbetrag abweicht.

Leistungen, die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nicht aufgeführt sind, werden gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ „analog“ gleichwertiger Gebührensatz abgerechnet. Der Gebührensatz wird unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen durch den Arzt festgelegt.

2.2 Der Patient verpflichtet sich, als Selbstzahler die Zahlung des Entgeltes nach den geltenden Tarifen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu zahlen. Die Vergütung wird gem. § 12 GOÄ fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine entsprechende Rechnung erteilt wurde. Der Arzt weist darauf hin, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen voraussichtlich möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

§ 3 Patientendaten

Der Patient wurde davon in Kenntnis gesetzt, dass im Rahmen dieses Vertrages Daten über seine Person sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (die weiterbehandelnde Ärztin / den weiterbehandelnden Arzt) übermittelt werden. In der Regel handelt es sich dabei um die in §301 SGB V definierten Daten.

§ 4 Schlussbestimmungen

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Patient, dass er auf die möglicherweise nicht bzw. nicht volle Erstattungsfähigkeit der Liquidation hingewiesen wurde und ihm ein Abdruck dieser Vereinbarung ausgehändigt wurde. Mit seiner Unterschrift bestätigt der Patient ausdrücklich, dass er Inanspruchnahme der Individuellen Gesundheitsleistung außerhalb des Leistungsumfanges der gesetzlichen Krankenversicherung wünscht bzw. bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient



Ein Unternehmen des Universitätsklinikums Frankfurt