

## Vertragsvereinbarung Privatliquidation

zwischen uns

.....  
**Frau:** Name, Vorname, Geburtsdatum

.....  
**Mann:** Name, Vorname, Geburtsdatum

und den behandelnden Ärzten des Kinderwunsch Centrum München, 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 beinhaltet, 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

.....  
Unterschrift Patient

## Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die PVS bayern AG (PVS), Arnulfstr. 31, 80636 München wird die Abrechnung der ärztlichen/therapeutischen Leistungen vornehmen, die Rechnung erstellen und die Honorarforderung bei Ihnen einziehen.

Die PVS ist als eigenständiges Unternehmen Teil der Unternehmensgruppe PVS Holding GmbH, die zugleich deren Muttergesellschaft ist. Die Muttergesellschaft übernimmt im Auftrag der PVS die Buchhaltung, stellt die EDV-Infrastruktur bereit samt Wartung und Pflege sowie den Druck und Versand der Post. Die PVS rhein-ruhr GmbH, eine Schwestergesellschaft der PVS, unterhält im Auftrag der PVS das Servicecenter für Patienten- und Kundenkommunikation. Die PVS steht Ihnen im Rahmen der hierfür notwendigen Datenverarbeitung als datenschutzrechtliche Verantwortliche zur Wahrung Ihrer Rechte und für Rückfragen zur Verfügung. Die Mitarbeiter der vorgenannten Unternehmen sind Berufsgeheimnisträger und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes wie ein Arzt.

Die Honorarforderungen werden treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die PVS erstellt die Rechnung in eigenem Namen, zieht die Honorarforderung ein und steht Ihnen als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Dabei unterliegt die PVS bis zur endgültigen Bezahlung auch zur Höhe der Honorarforderung den Weisungen des Leistungserbringers, welcher insoweit Herr des Verfahrens bleibt.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Abtretung der Honorarforderung und in die Datenverarbeitung zwecks Rechnungserstellung, Forderungseinzug und zur Auswertung der ärztlichen Arbeit ein. Ihre persönlichen Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen werden hierzu an die oben genannten PVS-Unternehmen übermittelt. Die Behandlung ist natürlich nicht von dieser Einwilligung abhängig. Sie können auch einzelne Behandlungen von dieser Erklärung ausnehmen. Dann müsste der Leistungserbringer selbst die Abrechnung vornehmen. Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht.

Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiter verarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Der Widerruf kann gegenüber dem Leistungserbringer oder der PVS mittels schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. Rechnungsnummer) geschehen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile.

Weitergehende Informationen zum Thema Datenschutz bei der PVS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter: [www.ihre-pvs.de/datenschutz](http://www.ihre-pvs.de/datenschutz)

**Hiermit willige ich in die Datenverarbeitung durch die PVS zu den vorgenannten Zwecken ein und entbinde insoweit den Leistungserbringer und dessen berufsmäßige Gehilfen zugleich von der ärztlichen Schweigepflicht.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patientin

.....  
Unterschrift Patient