

Honorarvereinbarung zur privatärztlichen ganzheitlichen Behandlung

Name, Vorname

Anschrift

Ich wünsche, durch die/den behandelnde(n) Ärztin/Arzt die folgenden Leistungen gemäß GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) in Anspruch zu nehmen:

<u>Leistung</u>	<u>GOÄ-Ziffer</u>	<u>Faktor</u>	<u>Betrag in Euro</u>	
Ganzheitliche Anamnese (60min)*	30A	3,5	183,60	<input type="checkbox"/>
Mikronährstoffberatung *	2x 34A, 75	3,5	148,92	<input type="checkbox"/>
1.) Anamnesegespräch ca. 20 min				
2.) Beratungsgespräch ca. 30 min				
Mikrobiomberatung *	30A,7,31,33,75	2,3/ 3,5	269,17	<input type="checkbox"/>
1.) Anamnesegespräch ca. 60 min				
2.) Beratungsgespräch ca. 30 min				

* ggf. zzgl. Laborkosten

Es ist mir bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Ich wünsche dennoch die oben aufgeführten Leistungen.

Der/die PatientIn verpflichtet sich, das nach GOÄ berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern die Krankenversicherung diese nicht oder nicht in vollem Umfang übernimmt. Die gesetzliche Grundlage bildet die BGB § 611 ff (Dienstvertrag).

Die vereinbarten Termine werden ausdrücklich für den / die PatientIN freigehalten. Es wird daher gebeten, die Termine unbedingt einzuhalten oder rechtzeitig, mindestens 24 h vorher, per Mail, Anrufbeantworter oder telefonisch abzusagen.

Bei Nichterscheinen wird der Termin in Rechnung gestellt.

Ich weiß, dass die Behandlung nicht erstattungsfähig ist und dass der oben genannte Betrag von mir selbst zu tragen ist. Auf Wunsch erhalte ich eine gesonderte Rechnung über die erbrachte Leistung.

Betrag dankend erhalten

Ort, Datum, Unterschrift Patientin/Patient

Unterschrift Praxis