

## 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:

Leistung für ärztliche Beratung	GOÄ-Ziffer	Faktor	Betrag in Euro	
<b>Mikronährstoffberatung *</b>	<b>2x 34A, 75</b>	<b>3,5</b>	<b>148,92</b>	<input type="checkbox"/>
1.) Anamnesegespräch ca. 20 min				
2.) Beratungsgespräch ca. 30 min				
3.) Weitere Folgegespräch ca. 20 min	<b>31</b>	<b>2,3</b>	<b>60,33</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Ganzheitliche Beratung*</b>	<b>30A,7,31,33,75</b>	<b>2,3/ 3,5</b>	<b>269,17</b>	<input type="checkbox"/>
1.) Anamnesegespräch ca. 60 min				
2.) Beratungsgespräch ca. 30 min				
Diese Beratung inkludiert je nach Beschwerdesymptomatik:				
Mikrobiomanalyse/ Stuhldiagnostik/ Nahrungsmittelenverträglichkeitstestungen				
Mikronährstoffanalysen / Ernährungsanalyse/ Stressregulationsanalyse				
3.) Weitere ganzheitliche Folgegespräche ca. 30 min	<b>31, 60A</b>	<b>3,5</b>	<b>91,80</b>	<input type="checkbox"/>

***\*Anfallende Laborkosten im Rahmen der Analysen werden gesondert direkt über das ausführende Laborinstitut abgerechnet. Hierfür erhält die Praxis Dr. Klebe / Beckmann keine zusätzliche Vergütung. Die Kosten der ganzheitlichen Sprechstunde werden ausschließlich über unser ärztliches Honorar nach GOÄ getragen, die sie oben aufgeführt finden. In den oben aufgeführten Leistungen ist ebenfalls bereits die Zeit enthalten, die zur Vor- und Nachbereitung ihrer Befunde benötigt werden.***

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