

# Vorsorgeuntersuchung Kind/Jugendlicher (0-16 Jahre)

Die vereinbarte Terminzeit ist speziell für Sie reserviert und *beginnt (seltene Notfälle ausgenommen) pünktlich!* Nutzen Sie *Ihre* Sprechstundenzeit und planen Sie ausreichend Zeit für die Anfahrt ein!

Ich biete auf Wunsch ausführlichere Vorsorgetermine an, in denen ich sehr individuell auch auf komplementäre und ganzheitliche Konzepte zu sprechen komme.



Es können weitere Gebührenpositionen zu den üblichen Sätzen (2,3fach bis 3,5fach mit Begründung) im Rahmen des Termins je nach Wunsch und medizinischer Notwendigkeit zur Anwendung kommen (z.B. **Funktionsdiagnostik, Sonographie, Impfung, u.a.**). Bei diesen ist je nach Versicherungsvertrag oder Beihilferegulierung eine Erstattung der Kosten in der Regel zu erwarten. Konkret obliegt es Ihnen, die Bedingungen für Erstattungen mit den Kostenträgern im Vorfeld zu klären. Haben Sie Fragen hierzu, kontaktieren Sie uns bitte vor Ihrem Termin (z.B. per email).

## Abweichende Honorarvereinbarung nach GOÄ §2, Abs. 1 (sogen. Abdingung):

Für Termine oberhalb von 30 min/Faktor 3,5 (s.o. gelb) gilt folgende abweichende Honorarvereinbarung:

Die auf Wunsch erbrachten Beratungsleistungen **oberhalb des 3,5fachen** Abrechnungsfaktors werden entsprechend dem effektiven Aufwand mit 4 € pro zusätzliche Minute bemessen.

Beihilfestellen und auch private Krankenversicherer werden die anfallenden Behandlungskosten oberhalb des 3,5 fachen Faktors voraussichtlich nicht erstatten. Trotzdem sind Sie als Patient/Sorgeberechtigte(r) unabhängig der Erstattung durch Ihre Kostenträger bei dieser *Leistung auf Wunsch* zahlungspflichtig.

## Vereinbarung zum Ausfallshonorar:

Sollten Sie den vereinbarten und bestätigten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie ihn bitte sobald wie möglich, jedoch mindestens am Vortag ab. Erfolgt keine (rechtzeitige) Terminabsage und kann der Termin nicht an andere Patienten vergeben werden, wird für Ihre reservierte Zeit ein Ausfallshonorar in Höhe von 30 € je 15min reservierte Terminzeit vereinbart. Für Gründe einer Terminabsage, die Sie nicht zu verantworten haben, ist eine kurzfristigere kostenfreie Absage möglich.

Ich stimme der Vereinbarung zum Ausfallshonorar zu und wünsche die Behandlung zu folgenden Bedingungen:

maximal bis zum Faktor 3,5 GOÄ       auch oberhalb des Faktors 3,5 GOÄ (Eigenanteil)

Diese Vereinbarung gilt für alle zukünftigen Vorsorgetermine bis zu meinem Widerruf. Ich habe verstanden, dass die Untersuchung pünktlich zur vereinbarten Zeit im Sprechzimmer beginnt.

Patient

ggf. gesetzliche(r) Vertreter(in)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Eltern \_\_\_\_\_

Datum + Unterschrift: \_\_\_\_\_

Dr. Christian Schellenberg