

Abweichende Honorarvereinbarung nach GOÄ §2, Abs. 1

Ausführliche individuelle Beratung > 15 min (als Wunschleistung)

Für die Leistungserbringung eines ausführlichen Sondertermins zur ausschließlichen Beratung bei individuellen komplexeren Fragestellungen oder einer ausführlichen individuellen Impfberatung wird folgende abweichende Abrechnungsvereinbarung getroffen:

Die angebotene Leistung ist ein medizinisches Ergänzungsangebot, welches auf Wunsch in Anspruch genommen werden kann. Sie stellt eine ergänzende und nicht zwingend notwendige Maßnahme dar. Beratungen entsprechend der aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften stehen Ihnen in unserer Praxis ebenso auf Wunsch vollumfänglich zur Verfügung, wobei der Zeitrahmen hier auf max. 15 min begrenzt ist.

Zur Anwendung kommen die Beratungsziffern GOÄ 3 und GOÄ 4. Um die erhöhte Beratungszeit abzubilden, werden entsprechend erhöhte Steigerungsfaktoren je nach Zeitaufwand auch oberhalb des 3,5fachen Faktors angewendet.

Es stehen Termine von 20 bis 60 min je nach Komplexität der Fragestellung und Ihrem Wunsch zur Verfügung. Die Gesamtkosten des Termins liegen z.B. für 20 min bei 80 Euro bzw. z.B. für 45 min bei 180 Euro und werden je nach effektivem Aufwand berechnet (4 Euro/min).

Wir weisen Sie darauf hin, dass Beihilfestellen und auch private Krankenversicherer die anfallenden Beratungskosten voraussichtlich nicht in vollem Umfang erstatten. Sie sind unabhängig von der Erstattung durch Kostenträger in jedem Fall zahlungspflichtig.

Sollten Sie den vereinbarten und bestätigten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie ihn bitte sobald wie möglich, jedoch mindestens 24 Std. vor dem eigentlichen Termin (schriftlich per email) ab. (Für Gründe einer Terminabsage, die Sie nicht zu verantworten haben, ist eine kurzfristigere Absage möglich.)

Erfolgt keine (rechtzeitige) Terminabsage und kann der Termin nicht an andere Patienten vergeben werden, wird für Ihre reservierte Zeit ein Ausfallshonorar in Höhe von 50% der vereinbarten Behandlungskosten vereinbart.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie obiger abweichender Honorarvereinbarung nach GOÄ §2, Abs. 1 sowie der Vereinbarung zum Ausfallshonorar zu.

Gewünschte reservierte Terminzeit (Abrechnung erfolgt nach effektiver Beratungszeit):

20 min

30 min

45 min

Patient

ggf. gesetzliche(r) Vertreter(in)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße + Hausnr. _____

PLZ + Ort _____

Telefon und email: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Datum + Unterschrift: _____

Dr. Christian Schellenberg