

Abweichende Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ

Ärztin/Arzt bzw. Praxis: _____

Zahlungspflichtige Person: _____

Nach persönlicher Absprache vor Erbringung der Leistung werden folgende Gebührenhöhen vereinbart:

GOÄ-Nr.	Bezeichnung der Leistung	Steigerungssatz	Vereinbarter Betrag
_____	_____	_____	_____ €
_____	_____	_____	_____ €
_____	_____	_____	_____ €
_____	_____	_____	_____ €
_____	_____	_____	_____ €

Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Ärztin/Arzt: _____

Unterschrift zahlungspflichtige Person: _____