

Behandlungs- und Honorarvereinbarung

Praxis: _____

Patientin/Patient: _____

Gewünschte Selbstzahlerleistung / Behandlungsziel: _____

Geplante Leistungen und voraussichtliche Kosten

Leistung / GOÄ-Nr.	Faktor	Voraussichtlicher Betrag
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €

Voraussichtliche Gesamtkosten: _____ €

Die Inanspruchnahme erfolgt auf Wunsch nach Aufklärung über Art, Umfang, Nutzen, Grenzen und mögliche Alternativen. Die Zahlungspflicht besteht unabhängig davon, ob eine Krankenversicherung die Kosten erstattet. Zusätzliche kostenpflichtige Leistungen werden vor Durchführung gesondert besprochen.

Die Abrechnung richtet sich nach den tatsächlich erbrachten Leistungen und der GOÄ. Diese Vorlage ersetzt keine gesonderte Vereinbarung nach § 2 GOÄ, wenn ein vom Gebührenrahmen abweichender Steigerungssatz vereinbart werden soll.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patientin/Patient: _____

Unterschrift Ärztin/Arzt: _____