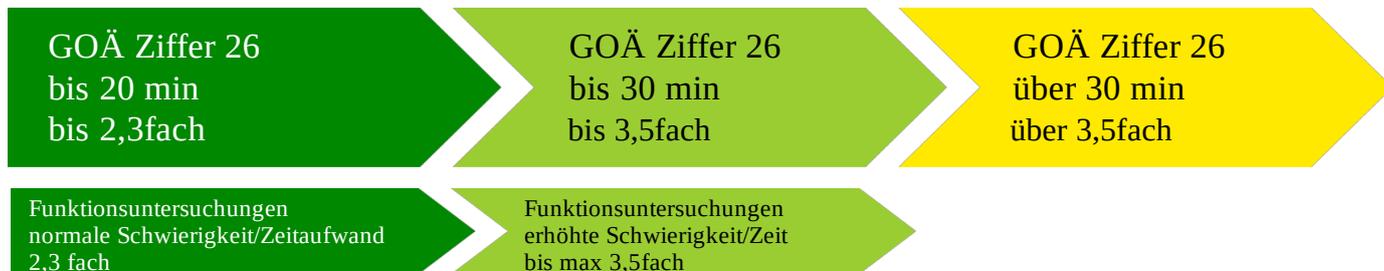


# Abweichende Vereinbarung GOÄ §2, Abs. 1 zur Vorsorgeuntersuchung Kind/Jugendlicher (0-16 Jahre)

Die individuelle Abrechnung erfolgt je nach zeitlichem Umfang der Vorsorgeuntersuchung über die Wahl des sogenannten *Steigerungsfaktors*. Ab einer Dauer von 30 min werden Steigerungsfaktoren oberhalb des 3,5fachen Faktors angesetzt. Neben der Grundleistung der Vorsorgeuntersuchung nach GOÄ Ziffer 26 können weitere Gebührenpositionen z.B. für Funktionsdiagnostik, Sonographie, Impfung, u.a. zu den üblichen Sätzen (2,3fach bis 3,5fach mit Begründung) im Rahmen des Termins je nach Wunsch und medizinischer Notwendigkeit zur Anwendung kommen.

Die vereinbarte Terminzeit ist speziell für Sie reserviert und *wir beginnen pünktlich (seltene Notfälle ausgenommen)*.

**Nutzen Sie Ihre Sprechstundenzeit** und planen Sie ausreichend Zeit für die Anfahrt ein! Ihr Eintreffen ca. 15 min vor dem vereinbarten Termin in der Praxis ermöglicht Ihnen einen entspannten und erfolgreichen Termin.



**Für Vorsorgetermine nach GOÄ-Ziffer 26 mit Beratungszeit länger als 30 min wird folgende abweichende Honorarvereinbarung entspr. GOÄ §2, Abs. 1 vereinbart:**

Erbrachte Beratungszeiten im Rahmen der Kindervorsorge GOÄ Ziffer 26, welche 30min überschreiten, werden dem effektiven Aufwand mit 4 € pro zusätzliche Minute bemessen und in einen entsprechenden Abrechnungsfaktor umgerechnet. Dieser liegt dann **oberhalb des 3,5fachen** Abrechnungsfaktors.

**Bitte beachten Sie:** Bei Leistungen bis zum 3,5fachen Faktor ist je nach Versicherungsvertrag oder Beihilferegelung eine Erstattung der Kosten in der Regel zu erwarten. Beihilfestellen und auch private Krankenversicherer werden die anfallenden Behandlungskosten oberhalb des 3,5 fachen Faktors voraussichtlich nicht erstatten. Trotzdem sind Sie als Eltern/Sorgeberechtigte(r) unabhängig der Erstattung durch Ihre Kostenträger bei dieser *Leistung auf Wunsch* zahlungspflichtig. Konkret obliegt es Ihnen, die Erstattungen mit den Kostenträgern im Vorfeld zu klären.

## Vereinbarung zum Ausfallshonorar:

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

**Ich/Wir stimmen obigen abweichenden Bedingungen und der Vereinbarung zum Ausfallshonorar zu:**

für die aktuelle Vorsorgeuntersuchung  für alle weiteren Vorsorgen bis auf Widerruf

Ich/Wir 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