

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, einer ausführlichen individuellen (Reise-)Impfberatung oder einer Patienten-Neuvorstellung bei komplexer Vorgeschichte 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, 4, 34 oder 817. Um die erhöhte Beratungszeit abzubilden, werden entsprechend erhöhte Steigerungsfaktoren je nach Zeitaufwand auch oberhalb des 3,5fachen Faktors angewendet.

Es stehen Termine von 15 bis 60 min je nach Komplexität der Fragestellung 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 über den Steigerungsfaktor umgesetzt.

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

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.

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

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

für die aktuelle Beratung

für alle weiteren Beratungen bis auf Widerruf

Patient

ggf. gesetzliche(r) Vertreter(in)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift (ggf. Eltern) _____

Patient, bzw. gesetzlicher Vertreter

Datum + Unterschrift: _____

Dr. Isabella Schellenberg

Dr. Christian Schellenberg