

Abweichende Honorarvereinbarung nach GOÄ §2, Abs. 1
Ausführliche individuelle Beratung 30 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 individuelles medizinisches Ergänzungssangebot, 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 volumnäßig zur Verfügung, wobei der Zeitrahmen hier auf max.10 min begrenzt ist.

Die Gesamtkosten des Termins bei einem Zeitrahmen von 30 min betragen 140 Euro.

Zur Anwendung kommen die Beratungsziffern GOÄ 3, 4, 34, 804 oder 817. Um die durch den Patient/die Eltern gewünschte erhöhte Beratungszeit abzubilden, werden entsprechend erhöhte Steigerungsfaktoren je nach Zeitaufwand auch oberhalb des 3,5fachen Faktors angewendet. Die vorherige Sichtung umfangreicher Vorbefunde und Verlaufsberichte sowie die ggf. notwendige Nachbearbeitung wird auf die Gesprächszeit angerechnet. Sollte die Beratungszeit deutlich vom angesetzten Zeitrahmen abweichen, wird das Honorar entsprechend nach unten oder oben angepasst.

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 bis auf Widerruf zu:

	Patient	ggf. gesetzliche(r) Vertreter(in) Elternteil 1	Elternteil 2
Vorname:	_____	_____	_____
Nachname:	_____	_____	_____
Geburtsdatum:	_____	_____	_____
Anschrift:	_____		
Telefonnummer:	_____		
<input type="checkbox"/> private Versicherung:	_____	Rechnungsempfänger:	<input type="checkbox"/> Elternteil 1 <input type="checkbox"/> Elternteil 2
Sorgerecht:	<input type="checkbox"/> beide <input type="checkbox"/> Elternteil 1 <input type="checkbox"/> Elternteil 2		
Ort	Datum	_____, _____, Unterschriften: _____	
		Name Elternteil 1: _____	Name Elternteil 2: _____
Potsdam	_____	, _____, Unterschrift: _____	
Ort	Datum	Dr. med. Christian Schellenberg	