

Honorarvereinbarung

Name

Vorname

Ich bin damit einverstanden, dass die Liquidation nach den üblichen Sätzen der neuen GOÄ - 2,3-facher Satz bei ärztlichen Leistungen, 1,15-facher Satz bei Laborleistungen und bei Untersuchungen die einen erheblichen zeitlichen Mehraufwand benötigen 3,5-facher Satz – gültig am 1. Januar 1996, erstellt wird.

Es wird darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Vergütung durch die Erstattungsstellen unter Umständen nicht in vollem Umfang gewährleistet ist, jedoch der Rechnungsbetrag in voller Höhe zu erstatten ist.

Diese Erklärung gilt auch für alle zukünftigen Untersuchungen bis auf Widerruf.

Es ist mir bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat.

Ich weiß, dass ich eine privatärztliche Rechnung erhalte, dass die Behandlung nicht erstattungsfähig ist und dass der Rechnungsbetrag von mir selbst zu tragen ist.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)