

Abweichende Honorarvereinbarung nach GOÄ §2, Abs. 1

Komplemetärmedizin

Für die Leistungserbringung eines Sondertermins (komplemetärmedizinische Beratung, Untersuchung & Therapie außerhalb schulmedizinischer Behandlungskonzepte) wird folgende abweichende Abrechnungsvereinbarung getroffen:

Die angebotene Leistung ist ein medizinisches Ergänzungsangebot aus der Erfahrungsheilkunde, für das in Teilen kein schulmedizinischer Wirksamkeitsnachweis vorliegt. Sie stellt eine ergänzende und nicht zwingend notwendige Maßnahme dar. Klassische Verfahren entsprechend der aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften stehen Ihnen in unserer Praxis ebenso auf Wunsch vollumfänglich zur Verfügung.

Soweit im Rahmen eines Sondertermins Leistungen erbracht werden, die in der ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) vorgesehen sind, werden die entsprechenden Abrechnungsziffern angesetzt. Nicht in der Gebührenordnung (GOÄ) aufgeführte Leistungen werden nach den Vorgaben der GOÄ *analog* abgerechnet. Um der erhöhten Behandlungszeit abzubilden, kommen entsprechende Steigerungsfaktoren je nach Zeitaufwand auch oberhalb des 3,5fachen Faktors zur Anwendung.

Es stehen Termine von 30 und 45 min je nach Komplexität der Fragestellung und Ihrem Wunsch zur Verfügung. Die Gesamtkosten des Termins liegen für 30 min bei 120 Euro bzw. für 45 min bei 180 Euro.

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

Sollten Sie den vereinbarten und bestätigten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie ihn bitte sobald wie möglich, jedoch mindestens 24 Std. vor dem eigentlichen Termin ab. (Für Gründe einer Terminabsage, die Sie nicht zu verantworten haben, ist eine kurzfristigere Absage möglich.)

Erfolgt keine (rechtzeitige) Terminabsage und kann der Termin nicht an andere Patienten vergeben werden, wird für Ihre reservierte Zeit ein Ausfallshonorar in Höhe von 50% der vereinbarten Behandlungskosten vereinbart.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, den obigen Text gelesen und verstanden zu haben und Sie erklären sich ausdrücklich mit dem Abrechnungsmodalitäten und der Vereinbarung zum Ausfallshonorar einverstanden.

Gewünschte reservierte Terminzeit (Abrechnung erfolgt nach effektiver Beratungszeit):

30 min

45 min

Patient

ggf. gesetzliche(r) Vertreter(in)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße + Hausnr.

PLZ + Ort

Telefon und email:

Ort, Datum

Unterschrift

Datum + Unterschrift:

Dr. Christian Schellenberg