

## Individuelle Honorarvereinbarung

Steinhude, 2018

Zwischen Frau/ Herrn.....und Dr. med. Ingfried Hobert für die Erbringung ärztlicher Leistungen gemäß GOÄ / Analog GOÄ.

Es wird der 2,3 fache Steigerungssatz vereinbart, in gesonderten Einzelfällen kann der Faktor bis 3,4 erhöht werden.

Hiermit bestätige ich, dass ich von Dr. Hobert über die anfallenden Therapiekosten aufgeklärt wurde.

( s. Aufklärungsformular)

Ich wurde darüber informiert, dass die Kosten der Therapie durch die **gesetzliche Krankenversicherung nicht erstattungsfähig** sind und selbst die **private Krankenversicherung diese möglicherweise nicht voll erstattet**.

Ich erkläre mich mit der geplanten Behandlung einverstanden und verpflichte mich, die in Rechnung gestellten Leistungen vollständig zu begleichen, auch wenn meine Krankenkasse die Therapiekosten nicht übernimmt.

Ich wurde darüber informiert, dass ein vereinbarter Termin in voller Höhe in Rechnung gestellt wird, falls er nicht mind. 48 Stunden vorher umgelegt oder abgesagt wurde.

Der Abdruck diese Vereinbarung wurde mir ausgehändigt.

..... Steinhude, den.....  
.....

Patient  
Hobert

Dr.med.Ingfried