

## Einverständniserklärung/Vereinbarung

Zwischen Frau/Herrn :

**Patient( Name, Vorname, Geburtsdatum)**

und

Dr. Sabine Burmester

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wünschen eine medizinische, ganzheitliche Beratung mit entsprechender Privatliquidation.

Die Kosten belaufen sich je nach Aufwand zwischen ca. 90 bis 180 Euro.

Bestimmte Leistungen im Rahmen der Prävention und der naturheilkundlichen Behandlung sind in der GOÄ (Gebührenverordnung für Ärzte) nicht vorgesehen. Für diese Fälle nimmt die Ärztin bzw. der Arzt eine analoge Bewertung vor, die nicht zwingend von den privaten Krankenkassen und anderen Kostenträgern anerkannt werden müssen. Präventionsmaßnahmen (auch Nahrungsergänzungspräparate, naturheilkundliche Behandlungen) sind ggf. nicht Bestandteil Ihres Versicherungsvertrages und werden daher von Ihrer Versicherung nicht erstattet.

Es wird darauf hingewiesen, dass sich aus einer Rechnungsstellung gem. GOÄ alleine kein Anspruch auf Erstattung durch die private Krankenversicherung oder andere Kostenträger ableitet. Die Erstattung der Kosten durch die private Krankenversicherung oder andere Kostenträger ergibt sich alleine aus den Versicherungsbedingungen Ihrer Versicherung bzw. den Bedingungen Ihres Kostenträgers.

### **Hiermit gebe ich mein Einverständnis:**

1. Das Honorar wird unabhängig von der Erstattung einer Krankenkasse oder sonstigen möglichen Kostenträgern vereinbart.
2. Die Vereinbarung kann eine Eigenleistung am Arzthonorar bedingen, leider ungeachtet dessen, ob eine Krankenkasse zahlt oder sich solche Maßnahmen bei bestimmten Krankheiten oder Symptomen bewährt haben.
3. Erfolgt eine Terminabsage nicht bis zu 48 Stunden vor dem ausgemachten Termin, stellen wir das ausgefallene Honorar in Rechnung, es sei denn das Nichterscheinen ist unverschuldet.

**Nach §2 Abs.2 der GOÄ wird der Zahlungspflichtige ausdrücklich darauf hingewiesen, das eine Erstattung des Rechnungsbetrages durch Krankenversicherung oder Beihilfe möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist bzw. erfolgt. Dies berührt jedoch nicht die Zahlungspflicht gegenüber dem Arzt.**

Datum

Unterschrift Patientin/Patient