

Honorarvereinbarung

mit Herrn/Frau/Familie: _____

Anschrift: _____

Telefon/E-Mail _____

Für die durchzuführenden Behandlungen am Patienten _____
werden nachfolgende Vergütungssätze vereinbart:

<u>psychisch-funktionelle Behandlung à 60 min</u>	<u>110,00 Euro</u>
<u>Befundbericht</u>	<u>35,00 Euro</u>
<u>Hausbesuchspauschale pro Anfahrt</u>	<u>35,00 Euro</u>

Wichtige Hinweise:

1. Diese Vereinbarung gilt ausschließlich zwischen der Praxis und dem Patienten. Vertragliche Abreden zwischen dem Patienten und der Krankenversicherung berühren diese nicht.
2. Eine allgemein verbindliche Gebührenordnung der privaten Krankenversicherungen bzw. der Beihilfe existiert nicht – diese Institutionen legen jeweils eigene erstattungsfähige Höchstsätze fest.
3. Es ist möglich, dass die Erstattung durch die Krankenversicherung, die Beihilfebehörde o. Ä. nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Eine ggf. entstehende Differenz oder möglicherweise der volle vereinbarte Gebührensatz ist vom Patienten (mir) zu tragen.
4. Wenn der vereinbarte Termin nicht mindestens 24 Stunden zuvor abgesagt wird, fällt eine Ausfallgebühr in Höhe von 75 % des für die Behandlung vereinbarten Honorars an.

Ich bin mit diesen Gebührensätzen einverstanden.
Eine Durchschrift/Kopie dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Zahlungsverpflichteten