

Dr. med. A. Mauckner
Dr. med. U. Zimmermann-Icking

Patienten-Erklärung und Honorarvereinbarung

Name und Vorname der Patientin / des Patienten

Anschrift

Ich wünsche, durch die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt die folgenden Leistungen gemäß GOÄ in Anspruch zu nehmen (bitte ankreuzen und Häufigkeit angeben):

Anzahl	Leistung	GOÄ-Ziffer	Steigerungsfaktor	Betrag
	Reisemedizinische Beratung	1	1,8	€ 8,39
	Körperliche Untersuchung	5	1,8	€ 8,39
	Reiseschutzimpfung	375	1,8	€ 8,39
	Zeitgleiche, weitere Reiseschutzimpfung	377	1,8	€ 5,25
	Ausstellung Attest / Bescheinigung	70	1,8	€ 4,20
	Weitere:			

Ich vereinbare hierfür ein Honorar über insgesamt voraussichtlich Euro _____.

Die oben genannten Leistungen gehören nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. 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 wünsche dennoch die oben aufgeführten Leistungen und wurde nicht dazu gedrängt.

Ich weiß, dass die Behandlung nicht durch die Krankenkasse erstattungsfähig ist und dass der oben vermerkte Betrag von mir selbst zu tragen ist. Eine Kopie dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

Ort, Datum, Unterschrift Patientin / Patient

Ort, Datum, Unterschrift Ärztin / Arzt