**Honorarvereinbarung**

Herr / Frau Dr. med.

und

Herr / Frau

vereinbaren aufgrund der Behandlung / Untersuchung vom

für die Behandlung des / der Patienten/Patientin

[ ]  als Zahlungspflichtiger in eigenem Namen

[ ]  als Vertreter des zahlungspflichtigen Patienten

eine abweichende Gebührenhöhe gemäß § 2 GOÄ.

Für die ärztliche Inanspruchnahme fallen voraussichtlich folgende Leistungen an:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ziffer | Bezeichnung der Leistung | Faktor | Betrag |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

Der Zahlungspflichtige hatte die Möglichkeit, Einblick in die GOÄ zu nehmen, um die finanziellen Auswirkungen abschätzen zu können. Dem Zahlungspflichtigen ist bewusst, dass die Erstattung der berechneten ärztlichen Leistungen durch eine private oder gesetzliche Krankenversicherung oder Beihilfestelle nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Von der Honorarvereinbarung hat der Zahlungspflichtige ein Exemplar erhalten.

.............................................................

Ort / Datum

............................................................. ..................................................................

Unterschrift Arzt Unterschrift Zahlungspflichtiger/Vertreter