

Honorarvereinbarung für Selbstzahler

Name, Vorname des/der Patientin/Patienten

Anschrift

Ich wünsche durch die/den behandelnde(n) Ärztin/Arzt Leistungen gemäß GOÄ
in Anspruch zu nehmen (Angabe der Einzelleistungen nach GOÄ-Ziffern, Euro-Beträge):

Ich vereinbare hierfür ein Honorar über voraussichtlich

€uro : _____

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. Ich weiß, dass die Behandlung seitens meiner Krankenkasse nicht erstattungsfähig ist und dass der oben genannte Betrag von mir selbst zu tragen ist.

Ort, Datum Unterschrift Patientin/Patient

Revision1