

Zwischen Dr. med. Isabel Bloss (Ärztin)

und.....(Patient(in), ggf. gesetzlicher Vertreter)

wird gemäß § 2 GOÄ folgende Honorarvereinbarung getroffen:

Meine Leistungen werden nach Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet. Ich erlaube mir, im Bedarfsfall eine Steigerung des 2,3-fachen Abrechnungssatzes vorzunehmen. In der Regel werden diese von den privaten Krankenkassen voll erstattet.

Dennoch kann eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen / Krankenkassen / Beihilfen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet werden.

Ort, Datum.....

.....(Dr. med. I. Bloss)

.....(Patient/Patientin)