

Honorarvereinbarung

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Bevor wir mit Ihrer Behandlung beginnen, bitten wir Sie, den Anamnesebogen für Neupatienten auszufüllen, der uns wichtige medizinische Informationen und erste Hinweise auf mögliche Herausforderungen gibt und uns die folgenden allgemeine Honorarvereinbarung zu unterzeichnen.

Allgemeine Honorarvereinbarung – Arztpraxis

Wir möchten mit dieser Honorarvereinbarung von Anfang an für Transparenz und Klarheit sorgen. Da wir großen Wert auf die Qualität und Zeit unserer Behandlungen legen und zudem innovative Therapien anbieten, ist es uns wichtig, Sie vorab über die Kosten unserer Leistungen zu informieren.

1. Kosten der Behandlung

Wir können leider nicht mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen. Um Ihnen die Kosten zu erleichtern, richten wir uns bei der Berechnung unserer Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und berechnen maximal den 3,5-fachen Satz.

2. Erstattungsfähigkeit durch private Krankenversicherungen oder Zusatzversicherungen

Es kann vorkommen, dass bei einigen privaten Krankenversicherern oder Zusatzversicherungen ein Teil der Kosten nicht übernommen wird. Wir übernehmen keine Garantie für eine Kostenübernahme und korrespondieren diesbezüglich auch nicht mit Ihrer Krankenkasse. Wenn Sie unsicher sind, ob Ihre Krankenkasse die Kosten übernimmt, empfehlen wir Ihnen, dies im Vorfeld direkt mit Ihrer Versicherung zu klären.

3. Transparenz und Klarheit

Wir wissen, dass das Thema Kosten oft unangenehm sein kann, besonders wenn es um Gesundheit und Vorsorge geht. Dennoch ist es uns wichtig, Sie von Beginn an umfassend zu informieren, damit Sie sich sicher und gut beraten fühlen. Unsere oberste Priorität bleibt es, dass Medizin und Menschlichkeit im Mittelpunkt unserer Praxis stehen.

4. Kontakt bei Fragen

Sollten Sie noch Fragen zu den Kosten haben, zögern Sie nicht, uns zu kontaktieren. Wir sind jederzeit gerne für Sie da.

Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen und freuen uns auf die gemeinsame Behandlung.

Dr. Michaela Wende und Team

Ort | Datum: Unterschrift: