

Behandlungsvertrag

Erbringung Individueller Gesundheitsleistungen

zwischen

der HNO Ärztlichen Gemeinschaftspraxis

Prof. Dr. Koch, Dr. Sonja Ruh, Dr. I. Emmanouil, Calenberger Esplanade 1, 30169 Hannover
und

Name und Vorname der Patientin / des Patienten _____

Anschrift _____

Der Patient/die Patientin wünscht die Durchführung der folgenden Individuellen Gesundheitsleistungen durch die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt:

Vorsorgeuntersuchung für Raucher/Raucherinnen

Im Rahmen der ärztlichen Beratung/Behandlung werden in Ihrem konkreten Fall voraussichtlich folgende Gebühren gemäß GOÄ anfallen (GOÄ- Ziffer, Gebührensatz):

___ GOÄ Ziffer 1530 Untersuchung Kehlkopf Laryngoskop (2,3fach) **24,40 €**

oder

___ GOÄ Ziffer 1533 flexible videodokumentierte Kehlkopfendoskopie (1,8fach) **52,45 €**

Im Anschluss an die Untersuchung / Behandlung werden Sie eine Rechnung erhalten, in der ich die erbrachten Leistungen auflühre und den Gebührensatz unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen festlegen werde.

Der Patientin/dem Patienten ist bekannt, dass die genannten Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören und daher der genannte Betrag selbst zu tragen ist.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich von der Ärztin / dem Arzt umfassend über den Nutzen und die Risiken der Individuellen Gesundheitsleistung aufgeklärt worden bin.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch den Erhalt dieses Behandlungsvertrages.

Hannover, den _____ Patientin/Patient _____

Arzt/Ärztin _____