



mein-hautarzt.de

FACHARZTPRAXIS FÜR DERMATOLOGIE

Dres. Peter, Seeber, Altheide

Wandsbeker Marktstraße 48-50, 22041 Hamburg

Tel. (040) 68 86 03 30, Fax: (040) 6 88 60 33 22

Behandlungsvertrag "Individuelle Gesundheitsleistung"

Ich, oben genannte(r) Patient/Patientin, erkläre mich hiermit einverstanden, dass gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), zwischen mir und dem behandelnden Arzt Dres. Peter, Seeber, Altheide folgende Vereinbarung getroffen wird.

1. Ich wünsche ausdrücklich die Durchführung folgender privatärztlicher Leistung(en) einschließlich der notwendigen Beratung, Voruntersuchungen, Nachbehandlungen, Nachuntersuchungen:

- | | | |
|--------------------------|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Entfernung von bis zu 5 Fibromen (Stielwarzen) | 39,27€ |
| | Entfernung weiter 5 Fibrome | 17,83€ |
| | Lokalanästhesie pro 5 Fibrome | 8,95€ |
| <input type="checkbox"/> | Entfernung von seborrhoischen Warzen (Alterswarzen): | |
| | Entfernung von je 3 Warzen im Gesicht | 56,51€ |
| | Entfernung weitere 3 Warzen im Gesicht | 35,07€ |
| | Entfernung von je 3 Warzen am Körper | 48,22€ |
| | Entfernung weitere 3 Warzen am Körper | 26,78€ |
| <input type="checkbox"/> | wIRA-Therapie von Warzen (pro Sitzung 20 min 9,54€/ Regelfall 2x 10 Sitzung) | 9,54€ |
| <input type="checkbox"/> | Laserabtragung von Warzen an Händen und Füße (pro Sitzung) | 60,62 – 107,25€ |
| <input type="checkbox"/> | Iontophorese der Hände oder Füße (pro Sitzung) | 4,60€ |
| <input type="checkbox"/> | Untersuchung und Beratung von kosm. Laserbehandlung/ ggf. Nachbehandlung | 21,44 – 41,56€ |
| <input type="checkbox"/> | Narbenunterspritzung mit Volon A Lösung (pro Sitzung) | 26,77€ |
| <input type="checkbox"/> | Lichttherapie bei Vitiligo (pro Sitzung) | 9,55€ |
| <input type="checkbox"/> | Crema-PUVA (pro Sitzung) | 12,58€ |
| <input type="checkbox"/> | Prick-Test bei mitgebrachten Substanzen (je Substanz) | 6,02 – 9,18€ |
| <input type="checkbox"/> | Epicutan-Test bei mitgebrachten Substanzen (je Substanz) | 4,02 – 6,12€ |
| <input type="checkbox"/> | Venenuntersuchung vor Verödungsbehandlung | 61,91€ |
| <input type="checkbox"/> | Die Proben werden histologisch untersucht. Der zusätzliche Rechnungsbetrag in Höhe von 20 € je Probe wird durch das Labor Dr. Hoos in Wedel bzw. _____ x 20,00€ das Dermatologikum in Hamburg in Rechnung gestellt. | |

- _____
- Für die Behandlung wird die Bezahlung nach der GOÄ zugrunde gelegt. Ein Kostenvoranschlag wurde erstellt, bzw. die zum Ansatz kommenden Gebührensätze wurden unter 1. eingetragen.
 - Aufgrund vertraglicher Vereinbarung kann die gewünschte Untersuchung eine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse sein.
 - Ich wurde darauf hingewiesen, dass eine Erstattung des vereinbarten Honorars durch die Versicherung nicht erfolgt, eine Krankschreibung ist daher ebenfalls nicht möglich.
 - Ich wurde aufgeklärt, dass der Eingriff medizinisch nicht erforderlich ist und somit nur auf meinen ausdrücklichen Wunsch erfolgt.
 - Ich werde die Rechnung unmittelbar nach Leistungserbringung bar oder per EC-Karte bezahlen.
 - Über Art und Umfang der fachärztlichen Leistung wurde ich ausführlich informiert. Über mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen wurde ich unterrichtet.
 - Im Falle der Nichtabsage ist eine zeitabhängige Kostenpauschale von 25,-€ pro angefangene 10 min eingeplanter Behandlungszeit zu entrichten.**
 - Die Absage des Termins muss mindesten 24 Stunden vorher stattfinden. Die Absage ist per Telefon oder Fax möglich. Bitte die Termine **nicht** per e-Mail absagen.

Hamburg, den _____

X

Dres. Peter/Seeber/Altheide

Unterschrift des Patienten(gesetzlicher Vertreter/Sorgeberechtigter)