

Name: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____

Telefon: _____

Facharztpraxis für Dermatologie

Dres. med. Peter, Seeber, Altheide, von Georg
Ästhetik, Haare, Laser, OP, Venen, Lymphe
Wandsbeker Marktstrasse 48-50
22041 Hamburg
Tel: (040) – 6886 033 0
Fax: (040) – 6886 033 22

Behandlungsvertrag Selbstzahlerleistung (IGeL)

Ich, oben genannte(r) Patient/Patientin, erkläre mich hiermit einverstanden, dass gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), zwischen mir und den behandelnden Ärzten Dres. med Peter, Seeber, Altheide, von Georg 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 am Körper (Stielwarzen) | 56,96 € |
| | Entfernung weiterer 5 Fibrome am Körper | 26,78 € |
| <input type="checkbox"/> | Entfernung von seborrhoischen Warzen/Fibromen im Gesicht (je 3 Stellen) | 65,25 € |
| | Entfernung weitere 3 Warzen/Fibromen im Gesicht | 35,07 € |
| | Entfernung von je 3 seborrhoischen Warzen (Alterswarzen) am Körper | 56,96 € |
| | Entfernung weitere 3 seborrhoische Warzen (Alterswarzen) am Körper | 26,78 € |
| <input type="checkbox"/> | wIRA-Therapie von Warzen (pro Sitzung á 20 min 12,20€/ Regelfall 2x 10 Sitzung) | 12,20 € |
| <input type="checkbox"/> | Laserabtragung von Warzen an Händen und Füße (pro Sitzung) | 100,00 – 150,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Iontophorese der Hände oder Füße (Regelfall 5-10 Sitzung) | 5,90 € |
| <input type="checkbox"/> | Untersuchung und Beratung vor ästhetischen Behandlung/Laserbehandlung | 30,83 – 67,03 € |
| <input type="checkbox"/> | Narbenunterspritzung mit Volon A Lösung (pro Sitzung) | 30,88 € |
| <input type="checkbox"/> | Lichttherapie bei Vitiligo (pro Sitzung) | 12,20 € |
| <input type="checkbox"/> | Creme-PUVA Anwendung (pro Sitzung) | 16,09 € |
| <input type="checkbox"/> | Prick-Test/ Epicutan-Test bei mitgebrachten Substanzen (je Substanz) | 6,12 – 9,18 € |
| <input type="checkbox"/> | Hautkrebsvorsorge Kinder, Erwachsene unter 35. Lebensjahr oder zusätzlicher Kontrolle | |
| | bis 30 Pigmentmale | 48,26 € |
| | 31-60 Pigmentmale | 53,97 € |
| | 61-99 Pigmentmale | 59,68 € |
| | ab 100 Pigmentmalen | 66,21 € |
| <input type="checkbox"/> | Venenuntersuchung vor Verödungsbehandlung | 61,91 € |
| <input type="checkbox"/> | PDT von Hautkrebsvorstufe mit Laser/ohne Laser Regelfall, je Sitzung | 240,00 – 420,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Botox Zornesfalte ab 250,00€, Stirn ab 80,00€, Augenseite ab 140,00 € Komplette ab | 380,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Hyaluronsäure –Therapie zur Faltenunterfütterung z.B. um den Mund | ab 350,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Die Proben werden histologisch untersucht. Der Rechnungsbetrag je Probe wird durch das Labor Dr. Röglin in Wedel in Rechnung gestellt. | _____ x 30,00€ |

2. Für die Behandlung wird eine Bezahlung nach der GOÄ zugrunde gelegt. Ein Kostenvoranschlag wurde erstellt, bzw. die zum Ansatz kommenden Gebührensätze wurden unter 1. eingetragen.

3. Aufgrund vertraglicher Vereinbarung kann die gewünschte Untersuchung eine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse sein.

4. Ich wurde darauf hingewiesen, dass eine Erstattung des vereinbarten Honorars durch die Versicherung regelmäßig nicht erfolgt, eine Krankschreibung ist daher durch uns nicht möglich.

5. Ich wurde aufgeklärt, dass der Eingriff medizinisch nicht erforderlich ist und somit nur auf meinen ausdrücklichen Wunsch erfolgt.

6. Ich werde die Rechnung unmittelbar nach Leistungserbringung bar oder per EC-Karte bezahlen.

7. Über Art und Umfang der fachärztlichen Leistung wurde ich ausführlich informiert. Über mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen wurde ich unterrichtet.

8. Eine Terminabsage ist per Telefon (24/7) über unseren Anrufbeantworter (Ziffer 9) oder per Fax bis 24 Stunden vor dem Termin möglich. Terminabsagen sind bislang nicht per E-mail möglich.

9. **Im Falle der Nichtabsage ist eine zeitabhängige Kostenpauschale von 50,00 € pro angefangene 10 min. eingeplanter Behandlungszeit zu entrichten.**

10. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

Hamburg, den _____

X _____

Dres. med. Peter/Seeber/Altheide/von Georg

Unterschrift des Patienten (gesetzlicher Vertreter)