

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.

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

<input type="checkbox"/>	Vorstellung zur Beratung und Behandlung als Selbstzahler	30,00 – 70,00 €
<input type="checkbox"/>	Entfernung von bis zu 5 Fibromen am Körper (Stielwarzen)	63,96 €
	Entfernung weiterer 5 Fibrome am Körper	26,78 €
<input type="checkbox"/>	Entfernung von seborrhischen Warzen/Fibromen im Gesicht (je 3 Stellen)	72,25 €
	Entfernung weitere 3 Warzen/Fibromen im Gesicht	35,07 €
	Entfernung von je 3 seborrhischen Warzen (Alterswarzen) am Körper	63,96 €
	Entfernung weitere 3 seborrhische 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)	125,00 – 150,00 €
<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"/>	Prick-Test/ Epicutan-Test bei mitgebrachten Substanzen (je Substanz)	6,12 – 9,18 €
<input type="checkbox"/>	Digitales Hautkrebscreening mit Künstlicher Intelligenz und Total Body Mapping	115,00 €
<input type="checkbox"/>	Digitaler Sofort-Check weniger Leberflecken mit Künstlicher Intelligenz	ab 35,00 €
<input type="checkbox"/>	Hautkrebsvorsorge Kinder und 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"/>	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 € komplett	ab 380,00 €
<input type="checkbox"/>	Hyaluronsäure –Therapie zur Faltenunterfütterung z.B. um den Mund	ab 365,00 €
<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€
- _____
- 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.
- 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 regelmäßig nicht erfolgt, eine Krankschreibung ist daher durch uns 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 per EC-Karte bezahlen.
- Über Art und Umfang der fachärztlichen Leistung wurde ich ausführlich informiert. Über mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen wurde ich unterrichtet.
- 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.
- Im Falle der Nichtabsage ist eine zeitabhängige Kostenpauschale von 50,00 € pro angefangene 10 min. eingeplanter Behandlungszeit zu entrichten.**
- Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

Hamburg, den _____
Dres. med. Peter/Seeber/Altheide/von Georg

X _____
Unterschrift des Patienten (gesetzlicher Vertreter)