**Honorarvereinbarung gemäß § 2 GOÄ**

Nach persönlicher Erläuterung durch Dr. med. Mustermann wird zwischen

…………………………………………………………………………………………………

- Arzt/Ärztin -

und

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Patient(in) -

gemäß § 2 GOÄ folgende, **von den Regelungen in § 5 GOÄ abweichende** Honorarvereinbarung getroffen:

Für die Erbringung folgender Leistungen wird der \_\_\_\_\_\_-fache Steigerungssatz vereinbart.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **GOÄ-Nr.** | **Leistungsbeschreibung** | **Steigerungssatz** | **Betrag in EUR** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Mit seiner Unterschrift bestätigt die/der Patient(in), dass sie/er

1. Auf die möglicherweise nicht vollständige Erstattung der Liquidation hingewiesen

und

1. ihr/ihm ein Abdruck dieser Vereinbarung ausgehändigt wurde.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Arzt) (Patient/in)