**Honorarvereinbarung - Muster -**

zwischen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geboren: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

im Folgenden nur „der Patient“ genannt

und Praxis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erklärung über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gem. 1 § Abs. 2 GOÄ:

Mir ist bekannt, dass die von mir gewünschten ärztlichen Leistungen nicht zum Regelleistungskatalog meiner gesetzlichen oder privaten Krankenkasse gehört. Die Liquidation für diese Leistung erfolgt auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Leistungen nach GOÄ je Behandlung:

**GOÄ-Ziffer Leistung Faktor Betrag**

651A Bioimpedanzanalyse 2,5 36,88€

**Gesamtbetrag: 36,88€**

*(dies ist ein Beispiel – hier bitte die betreffende Leistungsziffer angeben mit Faktor und Betrag!)*

Es ist mit bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Ich wünsche dennoch die oben aufgeführten Leistungen und wurde nicht dazu gedrängt. Ich weiß, dass die Behandlung nicht durch die Krankenkasse/Beihilfe erstattungsfähig ist und dass der oben vermerkte Betrag von mit selbst zu tragen ist.

Zur Kenntnis genommen und einverstanden:

------------------------------ -----------------------------

Ort, Datum Unterschrift