

## Ausgleich und Honorarvereinbarung

### gemäß § 630c Absatz 3 BGB

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

und

Dr. Matthias Herrmann, Gablonzer Str. 4, 95466 Weidenberg

**Ich wünsche, durch den behandelnden Heilpraktiker die folgenden Leistungen in Anspruch zu nehmen:**

**Ich vereinbare hierfür ein von der GebüH abweichendes Honorar über**

<input type="checkbox"/> Ausführliche Erstanamnese und Beratung ( bis 2h )	200 Euro
<input type="checkbox"/> Beratende Tätigkeiten ( auch per Telefon)	120 Euro
<input type="checkbox"/> Beratende Tätigkeiten ( auch per Telefon)	60 Euro/30Min.
<input type="checkbox"/> Beratende Tätigkeiten ( auch per Telefon)	30 Euro/15 Min
<input type="checkbox"/> Blutabnahme inkl. Probenversand	20 Euro
<input type="checkbox"/> Begutachtung Krankenakten	nach Zeitaufwand
<input type="checkbox"/> Beratung/ Therapieempfehlungen per Mail	nach Zeitaufwand
<input type="checkbox"/> Schriftliche Erstellung ausführl. Therapiepläne	nach Zeitaufwand
<input type="checkbox"/> Erstellung von Bescheinigungen	nach Zeitaufwand

**Bei den Berechnungen nach Zeitaufwand wird der Stundensatz von 120 Euro pro Stunde zugrunde gelegt.**

Es ist mir 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.

Ich weiß, dass die Behandlung nicht (vollständig) erstattungsfähig ist und dass der oben genannte Betrag in jedem Falle von mir selbst zu tragen ist.

Datum/ Ort \_\_\_\_\_

Datum/ Ort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient

Unterschrift Dr. Herrmann