



Honorarvereinbarung zur Hypnotherapie

Herr / Frau Dr. med. .... Susanne Thielbeer .....

und

Herr / Frau .....

treffen aufgrund der Behandlung / Untersuchung vom .....

für die Behandlung des / der Patienten / Patientin .....

als Zahlungspflichtiger in eigenem Namen

als Vertreter des zahlungspflichtigen Patienten

die folgende Honorarvereinbarung gemäß § 2 GOÄ.

Für die ärztliche Inanspruchnahme fallen voraussichtlich folgende Leistungen an:

Ziffer	Bezeichnung der Leistung	Faktor	Betrag
870	Verhaltenstherapie; einzeln	2,30	100,55 €
849	Konfliktzentriertes Gespräch	2,30	30,83 €
	Dauer 70 Minuten	gesamt	131,38 €

Der Zahlungspflichtige hat Einblick in die GOÄ genommen, um die finanziellen Auswirkungen abschätzen zu können. Ferner wird darauf hingewiesen, dass die Erstattung der berechneten ärztlichen Leistungen durch eine private oder gesetzliche Krankenversicherung oder Beihilfestelle nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Von der Honorarvereinbarung hat der Zahlungspflichtige ein Exemplar erhalten.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift Arzt

.....  
Unterschrift Zahlungspflichtiger / Vertreter

**Wichtiger Hinweis:** Der Inhalt ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Er wird regelmäßig auf Aktualität überprüft und gegebenenfalls angepasst. Gleichwohl machen es die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Materie erforderlich, Haftung und Gewähr auszuschließen.

