

V e r e i n b a r u n g

<Anrede>

<Vorname> <Familiennamen>

<Adresse>

<Adresse>

Ich wünsche, durch Frau Dr. med. Regina Auer, Fachärztin für Nuklearmedizin und Diagnostische Radiologie, Würmtalstraße 100, 81375 München, die folgenden Leistungen in Anlehnung an die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Anspruch zu nehmen:

Angabe der Einzelleistungen nach GOÄ-Ziffern und Euro-Beträge

GOÄ-Nr.	Kurzlegende/Leistung	Faktor	Endbetrag

Ich vereinbare hierfür ein Honorar über voraussichtlich Euro ____ €.

Es ist mir bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sicherstellt. Ich wünsche dennoch die oben aufgeführten Leistungen.

Ich weiß, dass die Behandlung nicht erstattungsfähig ist und daher der oben genannte Betrag von mir zu tragen ist. Der Betrag ist mit Abschluss der Behandlungsmaßnahme zur Zahlung fällig.

München, den _____

(Unterschrift Patientin/Patient)_____
(Praxisleitung)