

PRIVATBEHANDLUNG

Dr. med. Martin E. Waelsch, FA für Psychiatrie und Psychotherapie
Privatpraxis, Marktstr. 13-17 (Eingang: Häfnergasse 14), 73207 Plochingen,
Tel: (07153) 92 19 31, Fax: (07153) 92 19 32, Mobil: 0151-52503458,
E-Mail: dr.m.e.waelsch@t-online.de

Honorarvereinbarung

zwischen
Frau/Herrn Dr. Martin E. Waelsch (s. oben)
(Name und Anschrift des Arztes)

und
Frau/Herrn

.....
(Name und Anschrift des Patienten; bei Minderjährigen deren Erziehungsberechtigte)

wird folgende Honorarvereinbarung getroffen:
Für die Erbringung der Leistungen aus Psychiatrie und Psychotherapie findet zur Abrechnung der
GOÄ-Katalog Anwendung – Gruppe G - Ziffern 800 bis 865

Es wird der 2,3 -fache Steigerungssatz vereinbart.

Begründung: schwere der Erkrankung und deshalb erforderlichen Beratung und Behandlung

Diese Leistungen(en) wird/werden mit folgendem Betrag/folgenden Beträgen in Rechnung
gestellt:

GOÄ – Bereich G

z. B. Untersuchung, 801 (33,52 €); Gespräch, 806 (33,52 €), Notfallbehandlung, 812 (67,03 €);
Psychosomatik-Gespräch, 849 (30,83 €); tiefenpsycholog. Fundierte Psychotherapie, 861 (92,50 €)

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Patient, dass er
a) auf die möglicherweise nicht volle Erstattungsfähigkeit der Liquidation hingewiesen
wurde,
b) ihm ein Abdruck dieser Vereinbarung ausgehändigt wurde.

.....
Datum

.....
Arzt

.....
Patient oder gesetzliche(r) Vertreter

Pat. Name:.....Pat. Vorname:.....

Adresse:.....

Telefon privat:..... Email:.....

Anmeldung am:.....

Unterschrift Patient

Unterschrift Hauptversicherter