

## Vereinbarung über die Inanspruchnahme Individueller Gesundheitsleistungen

Zwischen  
**Praxis Widera**  
und

\_\_\_\_\_  
Name (Patient)                      Vorname                      Geburtsdatum

### Bei Kindern – Name und Vorname des Zahlungspflichtigen

Hiermit erkläre ich mich bereit, die Kosten für die nachstehend genannten Individuellen Gesundheitsleistungen in vollem Umfang selbst zu tragen, da sie nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind und auch nicht zur medizinisch notwendigen Versorgung für privat Versicherte gehören. Zusätzliche bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern, z.B. Laborarzt in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehme.

Die Leistungen werden auf meinen ausdrücklichen Wunsch erbracht und sind von einer Kostenerstattung durch gesetzliche oder private Krankenkasse sowie Beihilfestellen ausgeschlossen.

Die Abrechnungserläuterungen habe ich zur Kenntnis genommen.

1 Exemplar dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

**Empfohlene Leistung(en):** \_\_\_\_\_

### Die Bezahlung erfolgt am Tag der erbrachten Leistung!!

Neusäß, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Zahlungspfl.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeiterin

Hiermit erkläre ich meinen ausdrücklichen Wunsch auf unverzügliche Inanspruchnahme der vereinbarten Leistung/en. Ich bin ausreichend darüber aufgeklärt worden, dass mir Bedenkzeit zusteht und ich die Leistung/en nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Leistungsangebot/-wunsch durchführen lassen muss. Die wirtschaftlichen Folgen dieser Entscheidung sind mir bekannt.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger

#### Abrechnungshinweise

Die Abrechnung der gewählten Leistung(en) erfolgt auf der Grundlage der amtlichen GOÄ vom 01.01.96 unter Beachtung der aktuellen Rechtslage. Der Steigerungsfaktor für die einzelnen Leistungen liegt je nach Schwierigkeit und erforderlichem Aufwand zwischen dem 1,0 und 3,5fachen Satz. Für eine Reihe neuer diagnostischer und/oder therapeutischer Leistungen stehen derzeit keine Gebührenpositionen nach GOÄ zur Verfügung; sie müssen daher analoge Bewertungen nach § 6, Abs. 2 GOÄ zum Ansatz gebracht werden.

Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst auf Verlangen des Zahlungspflichtigen; über Art und Umfang der Leistungen sowie die Kosten wird der/die Patient/in entsprechend aufgeklärt.

Bitte beachten Sie, dass dieser Behandlungsvertrag rechtlich völlig unabhängig von eventuellen Erstattungsansprüchen gegenüber Dritten ist und eine nach § 12 GOÄ erstellte Arztrechnung unverzüglich nach Erteilung zur Zahlung fällig wird (Fälligkeit der Rechnung: BGH-Urteil vom 21.12.2006 – III ZR 117/06).

Leistung	GOÄ-Ziffer	Faktor	Betrag in € je Behandlung	Anzahl Behandlungen	Gesamtpreis
Lasertherapie	565	2,0416	14,28		
Magnetfeldbehandlung	838A	1,1338	36,35	6	218,10€
Kaltlufttherapie/ Kryotherapie	740	3,9677	16,42		
ESWT (Fokussierte Stoßwellentherapie)	1800A	1,1340	97,83	3	293,49€
Akupunktur/Trigger- Akupunktur	269A	2,4612	50,21		
Infusion mit Vit. B12, Derivatio, Zeel, Novalgin, Vit C, Coenzyme (ggf. Tramal)	272	3,7086	24,13 zzgl. Auslagen = 38,91		
Ärztliches Attest	75	2,6077	19,76 zzgl. Kopien je 0,50€ + ggf. Porto		19,76€ + ggf. Porto
Knochendichtemessung als Vorsorgeleistung	5476	3,2254	56,40		
Hyaluronsäuretherapie Knie o. Ellenbogen	255 301	3,2741 3,4988	40,10 zzgl. Auslagen = 140,20	3	420,60€
Hyaluronsäuretherapie Schulter	255 302	3,2037 3,2061	53,06 zzgl. Auslagen = 153,90	3	461,70€
Hyaluronsäuretherapie Hüfte	255 302 5295	3,3843 3,2645 1,0	89,44 zzgl. Auslagen = 169,74	3	509,22€
Hyaluronsäuretherapie Großzehe u. Daumen	255 300	3,27 2,755	32,01 zzgl. Auslagen = 72,08	3	216,24€
Hyaluronsäuretherapie Sprunggelenk/ Handgelenk	255 300	3,5 3,5	34,74 zzgl. Auslagen = 133,30	3	399,90€
PRP Knie/Schulter/HG/OSG	250 255 301 792A	1,8 3,5 3,5 2,47	= 189,13	3	567,39€
PRP m. Hyaluron Knie Schulter OSG	250 255 301 792A	1,8 3,5 3,5 2,68	= 233,67	3	700,1€
PRP Hüfte/Facette	250 255 302 792A 5295	3,5	= 218,16	3	654,48€
PRP Hüfte/Facette m. Hyaluron	250 255 302 792A 5295	3,5	= 262,66	3	787,98€

**Kurzfristige Änderungen der Materialkostenpreise vorbehalten !**