

Honorarvereinbarung

Beratung • Untersuchung • Hautkrebsvorsorge • OP • Lasertherapie • Ästhetische Behandlung

☞ **Bitte Blatt unterschreiben, mit in das Arzt-Zimmer nehmen, der Ärztin übergeben**

Zwischen mir und Dr. med. Ildikó Jánossy wird gemäß § 2 GOÄ die folgende Honorarvereinbarung getroffen: Ich möchte diese fachärztliche(n) Leistung(en) von Dr. med. Ildikó Jánossy in Anspruch nehmen:

<input type="checkbox"/> Konsultation – Akutbehandlung – Kontrolle	Kosten:	40 – 70 Euro
<input type="checkbox"/> Ästhetik- oder Laser-Beratung	Kosten:	30 – 40 Euro
<input type="checkbox"/> Hautkrebsvorsorge mit Fotofinder®	Kosten:	Euro
<input type="checkbox"/> Hautkrebsdiagnostik mit Nevisense®	Kosten:	Euro
<input type="checkbox"/> Haut-OP	Kosten:	Euro
<input type="checkbox"/> Laserbehandlung	Kosten:	Euro
<input type="checkbox"/> Falten glättung <input type="checkbox"/> Faltenauffüllung <input type="checkbox"/> Sculptra	Kosten:	Euro

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Honorare von Dr. Jánossy dem vorgegebenen Rahmen der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) entsprechen. Ihre Preisliste ist mir bekannt. Mir ist bewusst, dass eine Preisspanne einen möglichen, inhaltlich bzw. zeitlich gerechtfertigten Mehraufwand abbildet.

Ich bin darüber informiert, dass je nach meiner Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle und je nach Art der ärztlichen Leistung meine Kosten nicht bzw. nicht vollständig erstatten werden. Ich verpflichte mich, die heute anfallenden Kosten in vollem Umfang selbst zu tragen. Den Rechnungsbetrag werde ich ohne Abzug fristgerecht ausgleichen.

Als Selbstzahlende(r), Basistarif-Versicherte(r) oder Mitglied der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) begleiche ich meine Rechnung direkt im Anschluss an die Konsultation. Ich zahle mit EC-Karte. Falls mir dies nicht möglich ist, gleiche ich den Betrag bar aus.

Im Falle eines ästhetischen Eingriffs, einer Laserbehandlung oder einer Operation erhalte und unterschreibe ich zusätzlich eine Aufklärung über den Eingriff. Über mögliche Nebenwirkungen und Risiken wurde ich ausführlich und hinreichend aufgeklärt. Ich wünsche ausdrücklich, die oben genannte Behandlung bzw. Untersuchung bei mir durchführen zu lassen. Ich wurde nicht dazu gedrängt.

Hoppegarten, den

Unterschrift Patient(in)

Unterschrift Dr. med. Ildikó Jánossy