

Name, Vorname: _____
geb. am _____
Strasse: _____
PLZ, Wohnort: _____
Telefon: _____

mein-hautarzt.de

Aesthetik • Haare • Haut • Laser • Lymphe • Venen



Dres. Peter, Seeber, Altheide
Wandsbeker Marktstrasse 48-50
22041 Hamburg

Tel: (040) 6886 0330 Fax: (040) 6886 03322
Telefonzeiten Mo./Di./Do. 9-17, Mi./Fr. 9-13 Uhr

Abdingungserklärung Hautkrebsvorsorge

Ich erkläre mich einverstanden, dass gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), zwischen mir und den behandelnden Ärzten Dres. med. Peter/Seeber/Altheide folgende Vereinbarung getroffen wird.

Ich wünsche ausdrücklich die Durchführung folgender privatärztlicher Leistung(en) einschließlich der notwendigen Beratungen, Voruntersuchungen, Nachbehandlungen, Nachuntersuchungen:

1.

- Auflichtmikroskopie im Rahmen der von den Krankenkassen übernommenen Hautkrebsvorsorge (ab dem 35. Lebensjahr alle 2 Jahre) 16,09 €
- Hautkrebsvorsorgeuntersuchung bis zur Vollendung des 34. Lj. 37,54 €
- Hautkrebsvorsorgeuntersuchung bis zum 18. Lebensjahr 29,38 €
- Auflichtmikroskopie im Rahmen der Tumornachsorge (2 Jahre nach Operation) 16,09 €
- jede zusätzl. Kontrolle, z.B. 1/2jährlich oder jährlich 37,54 €
- Computergestützte Analyse von Muttermalen (zuzüglich o.g. Kosten PMS)
Kontrolle bis zu 5 Muttermale 57,36 €
Kontrolle bis zu 10 Muttermale 70,60 €

2. Für die Behandlung wird eine Bezahlung nach der GOÄ zugrunde gelegt. Ein Kostenvoranschlag wurde erstellt, bzw. die zum Ansatz kommenden Kosten wurden unter 1. eingetragen.
3. Aufgrund vertraglicher Vereinbarung kann die gewünschte Untersuchung eine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse sein.
4. Ich wurde darauf hingewiesen, dass eine Erstattung des vereinbarten Honorars durch die Versicherung nicht erfolgt.
5. Ich werde die Rechnung unmittelbar nach Leistungserbringung erhalten und bar oder per EC-Karte bezahlen.

Mir ist bekannt, dass dem Arzt durch die Terminvergabe die Notwendigkeit einer Reservierung entsteht. Hierzu wird Arbeitskraft von Arzt und Personal in der zur Verfügung stehenden Zeit eingeplant.

Da bei Nichterscheinen meinerseits nicht nur die vorab nötigen Vorbereitungen anfallen, sondern auch für die verplante Zeit keine kompensierende Patientenbehandlung erfolgen kann, verpflichte ich mich, im Falle der Nichtabsage des Termins eine zeitabhängige Kostenpauschale von 25.- € pro 10 Min eingeplanter Behandlungszeit zu entrichten. Die Absage des Termins muss mindestens 24 Stunden vor dem Termin stattfinden.

Die Absage ist jederzeit per Telefon und Anrufbeantworter (040/6886 0330) oder per Fax (040/6886 03322) möglich. **Bitte den Termin nicht per E-Mail absagen.**

Hamburg, den _____

X

Unterschrift des Patienten (gesetzlicher Vertreter/Sorgeberechtigter)