

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

mein-hautarzt.de

Ästhetik • Haare • Haut • Laser • Lymphe • Venen
Dres. Peter, Seeber, Altheide



Wandsbeker Marktstrasse 48-50, 22041 Hamburg

Tel: (040) 6886 0330 Fax: (040) 688603322

Telefonzeiten Mo./Di./Do. 9-17, Mi./Fr. 9-13 Uhr

Abdingungserklärung Hautkrebsvorsorge

Ich, oben genannte(r) Patient/Patientin, erkläre mich hiermit einverstanden, dass gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), zwischen mir und dem behandelnden Arzt Dres. Peter, Seeber, Altheide folgende Vereinbarung getroffen wird.

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

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Hautkrebsvorsorgeuntersuchung bis 34 Jahre | 48,26 € |
| <input type="checkbox"/> Tumornachsorge nach 2 Jahren | 48,26 € |
| <input type="checkbox"/> Hautkrebsvorsorge ab 35. Lebensjahr bei zusätzlich Kontrolle,
z.B. 1/2jährlich oder jährlich | 48,26 € |
| <input type="checkbox"/> Computergestützte Analyse von Muttermalen (zuzüglich o.g. Kosten PMS) | 101,48 € |

2. Für die Behandlung wird eine Bezahlung nach der GOÄ zugrunde gelegt. Ein Kostenvoranschlag wurde erstellt, bzw. die zum Ansatz kommenden Gebührensätze 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, Operationsbereitschaft und anderweitiger Verdienstausschlag 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 vorher stattfinden. Die Absage ist per Telefon (040/6886 0330) oder per Fax (040/6886 03322) möglich.

Bitte den Termin **nicht** per E-Mail absagen.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

Hamburg, den _____

Unterschrift des Patienten(gesetzlicher Vertreter/Sorgeberechtigter)