

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Tel-Nr.: \_\_\_\_\_

Facharztpraxis für Dermatologie  
Dres. Peter, Seeber, Altheide

Wandsbeker Marktstraße 48-50  
22041 Hamburg  
Tel: (040) – 6886 0330  
Fax: (040) – 6886 03322

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

## Behandlungsvertrag "Haarsprechstunde"

1. Ich wünsche ausdrücklich die Durchführung folgender privatärztlicher Leistung(en):  
**Beratung, Untersuchung, Diagnostik im Rahmen der Haarsprechstunde.**
2. Aufgrund vertraglicher Vereinbarung kann die gewünschte Untersuchung eine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse sein.
3. Haarerkrankungen werden größtenteils als Lifestyle-Erkrankungen eingestuft. Bei deren Behandlung handelt es sich um eine "Individuelle Gesundheitsleistung".
4. Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Behandlungskosten nicht von der Krankenkasse übernommen werden und eine Krankschreibung nicht möglich ist.
5. Für die Bezahlung wird die GOÄ (Gebührenordnung der Ärzte) zugrunde gelegt.
6. Üblicherweise betragen die Kosten für:

<b>Untersuchung und Beratung</b>	<b>ca. 50,00 – 100,00 €</b>
<b>Trichogramm</b>	<b>43,36 €</b>
<b>TrichoScan</b>	<b>67,84 €</b>
<b>Ausstellung Rezept</b>	<b>3,15 €</b>

7. Ich werde die Rechnung unmittelbar nach Leistungserbringung bar oder per EC-Karte bezahlen.
8. Im Falle der **Nichtabsage** des Termins ist eine zeitabhängige Kostenpauschale von 50€ zu entrichten.
9. Die Absage des Termins muss mindesten 24 Stunden vor dem Termin stattfinden. Die Absage ist per Telefon 040/ 6886 0330 oder Fax 040/6886 03322 möglich. Bitte die Termine **nicht** per e-Mail absagen.

Hamburg, den \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten(gesetzlicher Vertreter/Sorgeberechtigter)