

HONORARVEREINBARUNG FÜR ERST-/EVALUATIONSGESPRÄCH MITOCHONDRIEN THERAPIE



zwischen

PATIENT:

Anrede | Titel | Vorname | Nachname

Straße | Hausnummer | PLZ | Ort

Telefon | Email

und

ARZT:

Praxis Assar
Ali-Reza Assar
Rembrandtstraße 14
60596 Frankfurt

wird gemäß §2 GOÄ folgende Honorarvereinbarung getroffen:

Ziffer GOÄ	Anzahl	Leistung	Faktor	Betrag
A30	1	Erst-/Evaluationsgespräch	3,5	183,61 €
8	1	Körperliche Untersuchung	3,5	53,03 €
250	1	Blutentnahme mittels Kanüle	2,5	5,83 €
A31	1	Befundbesprechung nach vorangegangener Untersuchung, Blutentnahme/n, sowie eventuell anderer Untersuchungsergebnissen entsprechend der Erhebung einer homöopathischen Folgeanamnese	3,5	91,81 €
		Gesamtbetrag		334,28 €

Praxis Assar
Ali-Reza Assar
Rembrandtstraße 14
60596 Frankfurt

Telefon: 069-631 45 10
Fax: 069-631 45 121
Email: info@praxisassar.de
www.praxisassar.de

Bank: Deutsche Apotheker- u. Ärztebank
Kontoinhaber: Ali-Reza Assar
IBAN: DE81 3006 0601 0029 5394 68
BIC: DAAEDEDXXX



Eine Rechtsbeziehung besteht lediglich zwischen mir (Patient) und dem Arzt. Zwischen dem Arzt und meiner (Patient) Krankenversicherung besteht ausdrücklich keine Rechtsbeziehung.

Mir (Patient) ist bewusst das eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Diese Honorarsätze gelten als verbindlich vereinbart und durch mich (Patient) zu bezahlen.

Der Gesamtbetrag für das Erst-/Evaluationsgespräch und Befundbesprechung beträgt insgesamt **334,28 €**. Der Betrag in Höhe von **242,47 €** für das Erstgespräch ist sofort fällig und kann in der Praxis per EC-Karte bezahlt werden. Der Restbetrag in Höhe von **91,81 €** ist erst nach der Befundbesprechung fällig.

Weiterhin bestätige ich (Patient) mit meiner Unterschrift, dass ich (Patient) von dem Arzt umfassend über den Nutzen und die Risiken der Individuellen Gesundheitsleistungen aufgeklärt worden bin.

Ich (Patient) informiere den Arzt über bestehende Erkrankungen oder körperliche Einschränkungen, sowie Nebendiagnosen, welche für den Therapieablauf relevant sein können.

Wenn ich (Patient) den vereinbarten Termin nicht mindestens 24 h vorher, persönlich, telefonisch oder per E-Mail absage, wird der Termin mir (Patient) in Rechnung gestellt. Die Aufwandsentschädigung beträgt 65,- EUR.

Die Honorarvereinbarung schließe ich (Patient) auf meinen ausdrücklich Wunsch ab.

Frankfurt, den _____

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt