

KinderArztPraxis

Dr. med. Marina Marten

HONORARVEREINBARUNG

(gemäß den Empfehlungen der Kassenärztl. Bundesvereinigung und der KV Trier)

Sorgeberechtigter:

Patient:

Name, Vorname

Name, Vorname

Adresse

Geburtsdatum

Steuernummer: 5015400538
Finanzamt: Hamburg Oberalster

Hamburg, den _____

Ich wünsche, durch meine behandelnde Ärztin die folgenden Leistungen gemäß der Allgemeinen Geührenordnung der Ärzte (GOÄ) in Ansprech zu nehmen:

Videosprechstunde (pro angefangene Zeiteinheit von 10 Minuten)

Ziffer	Leistungsbezeichnung	GrB.	Fakt.	Betrag
1	Beratung, auch telefonisch	4,66	4,29	€ 20,-

Gemäß obiger Aufstellung wird ein Honorar i.H. von € 20,- pro angefangene Zeiteinheit von 10 Minuten vereinbart.

Ich bin darüber informiert, dass ich einen Anspruch auf notwendige Leistungen zu Lasten meiner Gesetzlichen Krankenkasse habe.

Meine Ärztin hat mich darüber aufgeklärt, dass die oben aufgeführte Behandlung nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist.

Ich weiss, dass die Kosten für diese Behandlung von meiner Krankenkasse ggf. nicht erstattet werden und somit von mir selbst zu tragen sind.

Ich erteile hiermit die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass die Kinder- und Jugendarztpraxis Dr. med. Marina Marten die zur Abrechnung erforderlichen wesentlichen Daten der Behandlung, insbesondere solche aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Befunde, Behandlungsverläufe), auch soweit es sich dabei um besondere Artenpersonenbezogener Daten i.S.v. § 3 Abs. 9 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) handelt, der damit beauftragten Abrechnungsstelle, der **PVS (Privatärztliche Verrechnungsstelle), Heinrich-Hertz-Strasse 121, 22083 Hamburg**, ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Inkassos zur Verfügung stellt. Insoweit entbinde ich die Kinder- und Jugendarztpraxis Dr. med. Marina Marten ausdrücklich von der Schweigepflicht.

Unterschrift Sorgeberechtigter

Unterschrift Dr. M. Marten