

HONORARVEREINBARUNG

Zwischen

Herrn Dr. med. Hamid Nawai
Bahnhofstraße 7a
24850 Schuby

und

Frau / Herrn _____, geb. am _____

Strasse _____ Ort (Land) _____

wird für nachfolgende Leistungen (nicht-zutreffende sind zu streichen) vereinbart, dass eine vom

Bemessungsrahmen des § 5 der GOÄ abweichende Gebührenhöhe im Sinne von § 2 Abs. 1 GOÄ festgelegt wird:

* Angabe des mit dem Patienten vereinbarten Faktors

Leistung	GOÄ-Nr.	Faktor	Betrag Euro
kurze Beratung, auch telefonisch		1	10,72
eingehende Beratung, auch telefonisch		3	20,10
einfache Untersuch. (Inspektion)		5	10,72
Untersuchung der Bauchorgane		7	21,46
Austasten Enddarm(ink. Prostata)		11	8,05
Unterspritzung Gummiring-Anbindung		290	16,08
Verödung Hämorrhoiden pro Sitzung		764	25,64
Abbindung innerer Vorfall		766	30,15
Fistel Sondierung		321	6,69
Afterspiegelung(Proktoskopie)		705	20,38
Untersuchung mit Analspreizer		705ana	20,38
starre Mastdarmspiegelung(Rektoskopie)		690	46,92
Behandlung einer offenen Wunde		2006	8,44
Wundauskratzung		745	6,16

Verband	200		6,03
Schließmuskeldehnung	3236		14,88
Sonographie eines Organs	410		26,82
Zuschlag für jedes weitere Organ	420		10,72
Arztbrief	75		17,43
kleine örtliche Betäubung	490		8,19
Entfernung kleine Geschwulst	2403		17,83
Bescheinigung Dienstunfähigkeit	70		5,36
Test auf verstecktes Blut im Stuhl	3500	1,3	6,83
Erstversorgung einer kleinen Wunde einschl. Naht	2001		14,82
Entfernung von Fäden oder Klammern	2007		4,56

(ggf.) zuzüglich Sachkosten _____ Euro

Die Gesamtkosten betragen _____ Euro.

Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zu den Leistungen meiner gesetzlichen Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten von ihr (auch nicht teilweise) übernommen oder erstattet werden können. Die Arztrechnung ist mit den oben angegebenen Gesamtkosten von mir selbst zu bezahlen.

Die Vereinbarung schließe ich auf meinen ausdrücklichen Wunsch, ich wurde nicht zu ihr gedrängt.

Ich habe ein Exemplar dieser Vereinbarung erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt