

Honorarvereinbarung / Aufklärung

Lieber Patient, liebe Patientin,

gemäß § 630c Abs. 3 BGB möchte ich Sie im Folgenden über meine Honorargestaltung aufklären.

- 1 Die im Rahmen der Therapie erbrachten Leistungen rechne ich nach der **Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH)*** ab. Deren Tarife stammen aus dem Jahr 1985; um Kostensteigerungen seither Rechnung zu tragen, setze ich i.d.R. einen **steigernden Faktor** an.
- 2 Medizinisch notwendige Leistungen, die nicht in der GebüH enthalten sind, rechne ich gemäß Hufelandtabelle* oder analog der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)* ab. Auch hier setze ich ggf. einen Faktor bis zu 4-fach an.
- 3 Wenn Sie **privat versichert oder beihilfeberechtigt** sind, kann Ihre Krankenkasse einen Teil der so abgerechneten Kosten tragen.

Wie hoch genau die Erstattung in Ihrem Einzelfall ist, ist mir nicht bekannt, da es eine Vielzahl von Versicherungen und Tarifen gibt. **Ich kann daher keine Gewähr für die Höhe der Erstattung meiner Rechnung durch Ihre Krankenkasse geben.** Ggf. sollten Sie daher vor Beginn der Therapie die genaue Erstattungssituation mit Ihrer Krankenkasse klären.

- 4 Wenn Sie **gesetzlich versichert** sind, wird Ihre Krankenversicherung die Kosten für Ihre Behandlung in der Regel **nicht (vollständig) übernehmen**. Manche Kassen, vor allem die Ersatzkassen, beteiligen sich aber an den Kosten für Heilpraktiker. Genaueres erfahren Sie bei Ihrer Krankenkasse.
- 5 **Die Rechnungsstellung und Zahlung erfolgt direkt nach dem Termin in bar oder per Debit-Karte (z. B. EC oder Giro) in der Praxis.**
- 6 Meine Praxis ist eine reine Terminpraxis. Termine, die Sie aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht wahrnehmen können, müssen Sie daher spätestens 2 Werktage (48h) vorher absagen. Andernfalls verpflichten Sie sich, für den nicht wahrgenommenen Termin ein **Ausfallhonorar** in Höhe von **50 Euro** zu zahlen.

Ich weise ausdrücklich darauf hin, dass das Ausfallhonorar nicht von der gesetzlichen und/oder privaten Krankenversicherung übernommen wird und Sie dieses ggf. selbst zahlen müssen.

Ich habe diese Honorarvereinbarung verstanden und bin mit ihr einverstanden.

Wesel, _____

_____	_____	_____
Datum	Name der/des Patientin/en	Unterschrift der/des Patientin/en

* Die GebüH, die Hufelandtabelle und die relevanten Auszüge der GOÄ liegen im Wartebereich der Praxis aus. Links hierzu finden Sie auch auf meiner Internetseite www.dr-ruettggers.com.