

**HONORARVEREINBARUNG  
FÜR WAHLÄRZTLICHE LEISTUNGEN**

Zwischen der Waldkrankenhaus „Rudolf Elle“ GmbH,  
vertreten durch Chefarzt Dr. med. Mathias Nitsch

und

Frau/Herrn \_\_\_\_\_ - Patient -

In Anwendung von § 2 GOÄ (betreffend der Zulässigkeit von Honorarvereinbarungen) wird die Waldkrankenhaus „Rudolf Elle“ GmbH ein von den Sätzen der GOÄ abweichendes Honorar von wahlärztlichen Leistungen durch **Chefarzt Dr. Mathias Nitsch** berechnen.

Es wird ein von der GOÄ abweichender Steigerungssatz auf den Einzelsatz der GOÄ individuell wie folgt vereinbart:

Bei ärztlichen Leistungen (§ 5 Abs. 1 GOÄ) \_\_\_\_\_ facher Satz  
und  
bei medizinisch-technischen Leistungen (§ 5 Abs. 3 GOÄ) \_\_\_\_\_ facher Satz

Es wird darauf hingewiesen, dass der Steigerungssatz nach der GOÄ das 1fache bis 3,5fache des Gebührensatzes beträgt, wobei bei ärztlichen Leistungen das 2,3fache und bei medizinisch-technischen Leistungen das 1,8fache nur in besonderen Fällen überschritten werden darf.

**Es wird festgestellt: Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen (private Krankenversicherung, Beihilfestellen) ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet. Bitte klären Sie das ggf. vorab mit Ihrer Krankenkasse/ Beihilfestelle.**

Im Übrigen wird auf unsere Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB), insbesondere Anlage 4, Merkblatt Wahlleitungen/ Wahlleistungsvertrag sowie Anlage 5, Einverständniserklärung Datenübermittlung an Abrechnungsstelle, verwiesen, die separat unterzeichnet werden müssen.

01/01/2010

Eisenberg, \_\_\_\_\_

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten (bei minderjährigen  
Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertreters

Anlage 6 AVB

\_\_\_\_\_  
(für das Waldkrankenhaus „Rudolf Elle“ GmbH)

Seite 1 von 2

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG GEM. § 4 ABS. 2 BUNDESDATENSCHUTZGESETZ**

Ich bin einverstanden, dass die zur Rechnungsstellung, Geltendmachung und Abtretung erforderlichen Daten an die AeV, Gesellschaft für Abrechnung von Privatliquidationen mbH, übermittelt werden.

Eisenberg, \_\_\_\_\_

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten (bei minderjährigen  
Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertreters

\_\_\_\_\_  
(für das Waldkrankenhaus „Rudolf Elle“ GmbH)

AeV Gesellschaft für Abrechnung von Privatliquidationen mbH, Götzstr. 11, 80809 München, Telefon: 089 / 89 60 100, Telefax: 089 / 82 02 448, E-Mail: [info@aev.de](mailto:info@aev.de) <<mailto:info@aev.de>>, Internet: <<http://www.aev.de>>

01/01/2010

**DEN ERHALT EINES EXEMPLARS DIESER HONORARVEREINBARUNG BESTÄTIGT O.G. VERTRAGSPARTNER.**

Anlage 6 AVB

.....  
(Patient/Vertreter)

Seite 2 von 2