

# Vereinbarung der Vergütungshöhe

# Privatkassen

Für nachstehende Leistungen wird folgender Vergütungssatz gemäß gültigem GOÄ vereinbart:

Name:

GOÄ	Diagnostische Maßnahmen:	Einzelpreis 2,3 fach	€
860	Erhebung einer biographischen Anamnese unter neuropsychologischen Gesichtspunkten	123,34	€
800	Eingehende neurologische Untersuchung	26,14	€
801	Eingehende psychiatrische Untersuchung	33,52	€
80	Schriftl. gutachterl. Äußerung	40,22	€
885	Eingeh. Psychiatrische Untersuchung unter Berücksichtig. familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge	67,03	€
715	Prüfung der Grobmotorik	29,49	€
716	funkt. Entwicklung	9,25	€
717	Säuglinge/Vorschulkinder und/oder Schulkinder	14,75	€
855	Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren	96,78	€
856	Anwendung und Auswertung standardisierter Intelligenz- und Entwicklungstests	48,39	€
817	Eingehende psychiatrische Untersuchung unter Berücksichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge	59,52	€
804	Psychiatrische Behandlung mit gezielter Exploration	20,11	€
806	Psychiatrische Behandlung durch gezielte Exploration, therapeutisches Gespräch	33,52	€
886	Auswertungsgespräch psychiatr. Behandlung mit Einschaltung der Bezugspers	93,84	€
808	Einleitung oder Verlängerung der Psychotherapie	53,62	€
<b>Therapeutische Maßnahmen</b>			
719	Funktionelle Entwicklungstherapie	33,65	€
860	Verhaltenstherapie / Psychotherapie	100,55	€
886	Psychiatrische Behandlung bei Kindern und/oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) unter Berücksichtigung familienmedizinischer entwicklungs-psychologischer Bezüge	93,84	€

Diese Vereinbarung ist auch dann gültig, wenn eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen nicht oder nicht in voller Höhe gewährleistet ist. Die Vergütung ist unabhängig vom Erstattungszeitpunkt durch die jeweilige Erstattungsstelle zum vereinbarten Zeitpunkt fällig.

Hiermit entbindet der Unterzeichner die Praxis von der Schweigepflicht und ist mit der Abtretung der Forderungen an ein Inkassobüro einverstanden.

Nach Verlangen ist dem Patienten eine Ausfertigung dieser Honorarvereinbarung ausgehändigt worden.

Ort	Datum
Unterschrift / Praxisstempel	Patient

## Einzugsverfahren

Hiermit bin ich einverstanden die Rechnungen von meinem Konto abzubuchen:

Kontoinhaber	Bankverbindung
Konto-Nr.	BLZ
Ort und Datum	Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger