



## Patientenerklärung / Kostenvereinbarung

---

NAME DER PATIENTIN / DES PATIENTEN

Ich wünsche die Durchführung der folgenden individuellen Gesundheitsleistung:

### BIOIDENTISCHE HORMONE - BERATUNG, THERAPIE

Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte ärztliche Leistung nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehört und dass die Liquidation für diese Leistung auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt.

Mir ist auch bekannt, dass:

- die Kosten für diese Leistung(en) nicht von meiner Krankenkasse übernommen werden
- ich für die Rechnung selbst zahlungspflichtig bin
- die Kosten je nach Dauer und Umfang variieren können

LEISTUNGSBESCHREIBUNG	GOÄ	ANALOGES BEWERTUNG	GEBÜHREN- SATZ	GEBÜHR €
<b>Erstanamnese / Blutentnahme</b>				
Erhebung einer naturheilkundlichen Erstanamnese		A30	2,3	120,66
Blutentnahme*	250		1,8	4,19
<b>Zwischenanamnese / Beratungen / Befundmitteilungen</b>				
Beratung, kurz	1		2,3	10,72
Beratung > 10 Minuten, nach Aufwand	3		2,3	20,11
Folgeverordnung von Medikamenten nach eingehender ärztlicher Prüfung des Therapiekonzeptes	1		2,3	10,72

\* Die notwendigen Laboruntersuchungen werden gesondert vom Labor in Rechnung gestellt

### ACHTUNG!

Wenn Sie Ihren vereinbarten Termin nicht mind. 24 Stunden vorher absagen, müssen wir Ihnen leider den Betrag von 120,66€ in Rechnung stellen.

Sie können Ihren Termin auch gerne per E-Mail absagen: [info@dr-wibke-hoffmanns.de](mailto:info@dr-wibke-hoffmanns.de)

---

DATUM

---

UNTERSCHRIFT