

## Privatärztlicher Behandlungsvertrag

zwischen

.....  
Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten

.....  
Name des Erziehungsberechtigten

.....  
Anschrift

und

Dr. med. Peter Liffler  
Fasanenweg 19, 23769 Fehmarn OT Petersdorf

über folgende ärztlich-diagnostische Leistungen für Eltern eines neuodermiskrankten Kindes

	Leistung	GOÄ- Ziffer	Satz	€
1	Biographische Anamnese	807	2.3	53.62
2	Atopie-Screening	857	2.3	12.17
3	SPS-16-Screening der Mutter	855	1.0	42.08
4	SPS-16-Screening des Vaters	855	1.0	42.08
5	Ausführliche Erörterung und Planung der Behandlung	34	2.3	40.22
6	Psychosomatische Anamnese	860	1.2	64.35
				<b>254.52</b>

Die Leistungen werden im Wege einer Online-Sprechstunde nach jeweils vorheriger Absprache erbracht. Die Abrechnung erfolgt auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Eventuelle Einschränkungen der Krankenversicherung können nicht berücksichtigt werden. Für die Durchführung der

Systemischen Hyposensibilisierung muss ein weiterer **Behandlungsvertrag über die ärztlich-therapeutischen Leistungen** abgeschlossen werden.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift des Patienten  
(bei minderjährigen Patienten: des oder  
Sorgeberechtigten)  
Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht  
Unterschrift des Vertreters

Dr. med. Peter Liffler