

## Privatärztlicher Behandlungsvertrag

zwischen

.....  
Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Patientin/Patienten

.....  
Name der/des Erziehungsberechtigten

.....  
Anschrift

und

Dr. med. Peter Liffler

Fasanenweg 19, 23769 Fehmarn OT Petersdorf

über folgende ärztlich-diagnostischen Leistungen für Eltern eines neuodermis-kranken 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 der/des Sorgeberechtigten

.....  
Ort, Datum, Dr. med. Peter Liffler

Ich handele als Vertreter:in mit Vertretungsmacht

.....  
Unterschrift der/s Vertreterin/Vertreters