



Die Hofmaierpraxis

Dr. med. Suzan Hofmaier

Fachärztin für Allgemeinmedizin (Hausarzt)
Akupunktur

Weststraße 3
58285 Gevelsberg

Telefon 0 23 32 | 84 32 100

Rezepte 0 23 32 | 84 32 101

Fax 0 23 32 | 84 32 102

info@hofmaierpraxis.de

Sehr geehrte Patientin und Patient,

Sie haben sich für eine Beratung in meiner Privatsprechstunde angemeldet.

Hier nehme ich mir ca. 60 Minuten Zeit, um mit Ihnen über Ihr Anliegen zu sprechen, Sie zu beraten und zusammen mit Ihnen eine Therapie zu erarbeiten.

Nach einer ersten Privatsprechstunde ist es oft sinnvoll eine weitere, oft dann nur halbe Privatsprechstunde zu vereinbaren, um die Erfolge der Therapie zu besprechen oder auch die Therapie erneut anzupassen.

Für dieses 2. Privatsprechstunde sind oft ca. 30 Minuten, entsprechend einer halben Privatsprechstunde ausreichend.

Die Kosten dieser Privatsprechstunde sind für Privatpatienten und selbstzahlenden gesetzlich versicherte Patienten gleich. Die Kosten werden von den Privatkrankenkassen in der Regel übernommen, bei den gesetzlichen Krankenkassen nicht, bei zusatzersicherten Patienten ist die Kostenübernahme abhängig vom jeweiligen Vertrag.

Mit der unterstehenden Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die anfallenden Kosten für eine Privatsprechstunde von 120,65 Euro bzw. 60,33 Euro, entsprechend einer halben Privatsprechstunde, unabhängig von der Erstattung übernehmen.

Die anfallenden Laborkosten stellt das Labor in Rechnung, auch hier werden die Kosten von den privaten Krankenversicherungen in der Regel übernommen, von den gesetzlichen Krankenkassen jedoch nicht.

Zudem bitte ich Sie, falls Sie verhindert sind, diese Privatsprechstunde mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen, ein Anruf oder eine E-Mail sind ausreichend.

Da diese Termine durch die hohe Nachfrage oft weit im Voraus vergeben werden, ist es mir nicht möglich, kurzfristig für Ersatz zu sorgen.

Daher bestätigen Sie, ebenfalls durch Ihre unterstehende Unterschrift, dass Sie die versäumte und nicht abgemeldete Privatsprechstunde in voller Höhe bezahlen werden.

Ich danke Ihnen für Ihr Verständnis.

Dr. med. Suzan Hofmaier

Hiermit erkläre ich mich mit den o.g. Regelungen einverstanden.

Name | Ort, Datum | Unterschrift

www.hofmaierpraxis.de