



DR. JUDITH RIXEN  
Anästhesie & Funktionelle Medizin

DR. JUDITH RIXEN  
Anästhesie Praxis

KÖ Quartier  
Breite Straße 22  
40213 Düsseldorf

Telefon: 0211-540747239  
E-Mail: info@praxisdrrixen.de

## HONORARVEREINBARUNG

Termine nach Vereinbarung

über eine Anästhesie bei ambulanter Operation zwischen der Anästhesiepraxis Dr. Judith Rixen und

\_\_\_\_\_  
Herrn / Frau (Patient/-in / gesetzlicher Vertreter)

\_\_\_\_\_  
geboren am

\_\_\_\_\_  
wohnhaft in Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Diese Honorarvereinbarung regelt die Erbringung privatärztlicher Leistungen zwischen oben stehendem Patient/-in sowie den Fachärzten der Anästhesiepraxis Dr. Judith Rixen. Mit ihrer / seiner Unterschrift erklärt der Patient / die Patientin ausdrücklich Folgendes:

1. Ich wünsche die anästhesiologische Behandlung als Privatpatient / Selbstzahler. Alle anästhesiologischen Leistungen werden im Rahmen eines privatärztlichen Behandlungsvertrages erbracht.
2. Die Liquidation wird nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstellt. Ich verpflichte mich die Liquidation in voller Höhe zu begleichen, unabhängig von der Höhe der Erstattung oder Bezuschussung durch meinen Kostenträger oder eine sonstige Erstattungsstelle. Mir ist bekannt, dass meine jeweilige Krankenversicherung aufgrund spezieller Vereinbarungen meines Versicherungsvertrages möglicherweise nicht alle Honoraransprüche erstatten wird. Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass Steigerungssätze über den 2,3 fachen Satz hinaus abgerechnet werden können. Dies gilt auch, wenn der Patient / die Patientin zwar einen privaten Krankenversicherungsvertrag unterhält, dieser jedoch Leistungen nach dem Basisvertrag vorsieht. Ich verpflichte mich daher das nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherungen und Beihilfestellen die anfallenden Kosten nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen.
3. Ich bin einverstanden, dass die Rechnung für die erbrachte Leistung per E-Mail an obige Adresse geschickt wird.

\_\_\_\_\_  
Düsseldorf, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in oder gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt, Anästhesiepraxis