

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-therapeutische Leistungen:

	Leistung	GOÄ - Nr	Euro
1	Systemische Hyposensibilisierung* (spezifische Verhaltenstherapie) eines neurodermitiskranken Erwachsenen / eines neurodermitiskranken Kindes zeitabhängig (eine Einheit 20 - 30 Minuten)	Analog 870	40 - 60
2	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende medizinische Beratung aufwandsabhängig (20 bis 30 Minuten)	3	20 - 30
3	Psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen oder affektiven Störungen zeitabhängig (eine Einheit 20 - 30 Minuten)	849	30 - 45
4.	Die Herstellung von Lösungen für die immuntherapeutische Behandlung von Kindern wird nach Material- und Zeitaufwand berechnet. Die Kosten werden vor der Herstellung vereinbart		

*Die Leistungen werden im Wege einer Online-Sprechstunde nach jeweils vorheriger Absprache erbracht. Die Rechnungslegung orientiert sich an der GOÄ. Die Systemisch Hyposensibilisierung ist eine so genannten **Individuellen Gesundheitsleistung**. – **IGeL** sind Leistungen, für welche die [Krankenkassen](#) in der Bundesrepublik nicht leistungspflichtig sind ([Gemeinsamen](#)

[Bundesausschusses](#) in den Richtlinien nach § 92 SGB V). Für die Durchführung der Systemischen Hyposensibilisierung muss ein **Behandlungsvertrag über die ärztlich-therapeutischen Leistungen** abgeschlossen werden (§ 18 Absatz 8 [Bundesmantelvertrag-Ärzte](#)). Die Behandlung kann von beiden Seiten jederzeit ohne Angabe von Gründen beendet werden.

Unterschrift des/der Patient:in
(bei minderjährigen Patient:innen: des/der
Sorgeberechtigten)

Dr. med. Peter Liffler

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht:

Unterschrift des Vertreters