PRAXIS BERLINER ALLEE
Hausarztpraxis für Prävention und individuelles Gesundheitsmanagement

Marina Diener · FÄ für Innere Medizin
Dr. med. Constanze Lohse · FÄ für Allgemeinmedizin
und angestellte Ärzte

Berliner Allee 15 • 22850 Norderstedt • Tel: 040 5232464 • Fax: 040 5235109
Mail: info@praxis-berliner-allee.de • Web: www.praxis-berliner-allee.de

Kostenvereinbarung Shortcuts Mikronährstoff-Checks zwischen den Ärzten der Praxis Berliner Allee und

Name, Vorname	Geburtsdatum

Bitte gewünschten Check ankreuzen:

O	Mikronährstoff-Check 01 Mini	90,90€*
O	Mikronährstoff-Check 02 Basis	208,77€*
O	Mikronährstoff-Check 03 Premium	346,11€*
O	Mikronährstoff-Check 04 Vegan&Veggie	188,84€*
O	Mikronährstoff-Check 05 KiWu/SS/Stillzeit	262,62€*
O	Mikronährstoff-Check 06 Sport&Performance	229,40€*
O	Mikronährstoff-Check 07 Kinder&Jugendliche	241,99€*

*Preisänderungen der Labore vorhalten

GOÄ	Bedeutung		Faktor	Preis €
31	Ausführliches Auswertungsgespräch 25Min		5.7	149,51
		Gesamtpreis		**149,51****

** zzgl. oben ausgewähltes Laborprogramm

Der/Die PatientIn verpflichtet sich, dass nach GOÄ berechnetet Honorar selbst zu tragen, sofern die Krankenversicherung diese nicht oder nicht in vollem Umfang übernimmt. Die gesetzliche Grundlabe bildet die BGB §§ 611 ff (Dienstvertrag).

Die vereinbarten Termine werden ausdrücklich für den / die PatientIn freigehalten. Es wird daher gebeten, die Termine unbedingt einzuhalten oder rechtzeitig mindestens 24 Stunden vor Terminbeginn per Mail, auf Anrufbeantworter oder telefonisch abzusagen. Bei Nichterscheinen wird der Termin in Rechnung gestellt.

Der Patient nimmt zur Kenntnis, dass sich der Gesamtbetrag aus mehreren Einzelrechnungen (Praxis Berliner Allee und ggf. verschiedene Labore ergibt.

Wir sind auch für nachträgliche Fragen gern für Sie da. Bitte beachten Sie dabei, dass wir uns für jede E-Mail und jedes Telefonat Zeit für Ihr individuelles Anliegen nehmen.
Wir berechnen diese Zeit nach tatsächlichem Aufwand mit 10,72€ / 10 Minuten (GOÄ-Ziffer 1 – Faktor 2.3).

Ort, Datum	
Unterschrift Patient	Unterschrift Arzt