

# Honorarvereinbarung für eine individuelle Menopause-Beratung

zwischen

**Zahnarztpraxis:**

[Name der Praxis]

[Name der Zahnärztin]

[Anschrift]

und

**Patientin:**

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

---

## §1 Gegenstand der Vereinbarung

Gegenstand dieser Vereinbarung ist eine **individuelle, privatärztliche Beratungsleistung** zum Thema Menopause mit besonderem Fokus auf orale und allgemeingesundheitliche Veränderungen (z.B. Mundschleimhaut, Parodontium, Xerostomie, Lebensstilfaktoren).

Die Beratung umfasst **keine gynäkologische Diagnostik oder Therapie** und ersetzt nicht die Behandlung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Gynäkologie.

---

## §2 Art der Leistung

Die Leistung erfolgt als: - ausführliche persönliche Beratung - strukturierte Anamnese - individuelle Empfehlungen

Die Abrechnung erfolgt **analog gemäß § 6 Abs. 1 GOZ**, da es sich um eine Leistung handelt, die nicht im Gebührenverzeichnis der GOZ enthalten ist.

---

## §3 Honorar

Die Patientin wünscht ausdrücklich folgende Leistungen:

### Erstberatung

- Dauer: **45 Minuten**
- Honorar: **289,00 €**

## **Folgeberatung (optional)**

- Dauer: ca. **30 Minuten**
- Honorar: **130,00 €**

Das Honorar ist eine **reine Selbstzahlerleistung** und wird **nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet**. Eine Erstattung durch private Krankenversicherungen oder Zusatzversicherungen kann nicht garantiert werden.

---

## **§4 Zahlungsbedingungen**

Das Honorar ist nach Erbringung der Leistung unmittelbar fällig und wird der Patientin privat in Rechnung gestellt.

---

## **§5 Aufklärung und Einverständnis**

Die Patientin wurde darüber aufgeklärt, dass: - es sich um keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung handelt, - die Beratung keinen Ersatz für eine fachärztliche gynäkologische Behandlung darstellt, - keine Heil- oder Erfolgsversprechen gegeben werden.

Die Patientin erklärt, die Beratung ausdrücklich zu wünschen und der Kostenübernahme zuzustimmen.

---

## **§6 Schlussbestimmungen**

Diese Honorarvereinbarung tritt mit der Unterschrift beider Parteien in Kraft.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patientin: \_\_\_\_\_

Unterschrift Zahnärztin: \_\_\_\_\_