

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: _____