

## Behandlungsvertrag Neurofeedback

Für eine Bio-/Neurofeedbackbehandlung wünsche ich für mich / mein Kind Privatbehandlung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Ich weiß, dass diese Behandlung nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen (EBM) gehört und ich dadurch keinen Erstattungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) habe. Auch mit einer privaten Versicherung gibt es keine Gewährleistung dass die Kosten der Behandlung übernommen werden. Ferner stimme ich zu, dass Herr Dr. Handwerker Teile der Diagnostik und Therapie an seine Mitarbeiterinnen delegiert, und diese Leistungen analog ärztlichen Leistungen nach der GOÄ abgerechnet werden.

**Dr. Georg Handwerker**

Kinder- u. Jugendmedizin  
Privatpraxis

**Dr. Susanne Müller**

Angestellte Kinderärztin  
Schlafmedizin

Ludwigstraße 18  
94032 Passau

Tel. 0851/2 04 26 67-0

Fax 0851/2 04 26 67-1

praxis@dr-handwerker.de

www.dr-handwerker.de

Ich erhalte eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Abgerechnet wird **für Behandlung bei Kindern / Jugendlichen / jungen Erwachsenen**

<input type="checkbox"/> <b>A870: Neurofeedback-Einzelbehandlung, 2.3fach</b>	<b>100,55 €</b>
Je nach Verfahren ggf. zusätzlich pro Sitzung	
<input type="checkbox"/> <b>875: Orientierende Testverfahren, 1,8 fach</b>	<b>12,17 €</b>
<input type="checkbox"/> <b>A828: Hämenzephalographie-Neurofeedback, 2.3fach</b>	<b>81,11 €</b>
<b>875: Orientierende Testverfahren, 1,8fach</b>	<b>12,17 €</b>
<b>Summe (pro Sitzung)</b>	<b>93,28 €</b>

Analogziffer bedeutet, dass es in der GOÄ keine Ziffer gibt, die die Leistung beschreibt. Zur Abrechnung müssen wir als Leistungserbringer dann eine GOÄ-Ziffer heranziehen, die der Leistung möglichst ähnlich ist, und den dazugehörigen Kostenrahmen definieren.

Gerade für Patienten aus dem überregionalen Raum erbringen wir Leistungen häufig am Block. Falls keine gesonderten Absprachen erfolgen, werden die Leistungen gemäß der erbrachten Zeit multipliziert. D. h. A870 mit Abrechnungsfaktor 2.3 ist für 45 Minuten vorgesehen. Dann wird für 90 Minuten die Leistung mit 2 multipliziert usw.

**Da die Termine langfristig reserviert werden müssen, ist ein Nichterscheinen ein großer Nachteil für alle weiteren Patienten.**

Vorname u. Name des  
Rechnungsempfängers: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Passau, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient \_\_\_\_\_ Unterschrift Arzt 