

**St. Josef-Hospital Bochum - Universitätsklinik
Dermatologische Klinik (Direktor: Professor Dr. P. Altmeyer)**

Pat.:

Geb.Dat.:

Laserbehandlung

Ich wünsche eine Laserbehandlung meiner _____

Es ist mir bekannt, daß es sich hierbei um eine Behandlung handelt, die nicht durch die EBM-Gebührenordnung für kassenärztliche Leistungen abgedeckt ist.

Die Liquidation einer Laserbehandlung erfolgt analog der Gebührenordnung für Ärzte, z.B. entsprechend Ziffern, A2440, A2441, A2885, A2886, 441, 444, 1, 5, 204, 209.

Zunächst erfolgt eine Beratung mit Probelaserung, danach wird mit dem Arzt die notwendige Anzahl der Sitzungen festgelegt.

Die Bedienung der Laser erfolgt durch eine/n Ärztin/Arzt oder speziell ausgebildetes Fachpersonal.

Die Kosten für die Behandlung werden voraussichtlich ca. Euro _____ pro Sitzung betragen.

Ich werde diese selbst sofort nach der Rechnungstellung begleichen.

Mir ist bekannt, daß die Rechnung auch dann von mir umgehend zu zahlen ist, wenn später noch weitere Behandlungen geplant sind, meine Krankenversicherung die Leistungen nicht übernimmt oder noch Komplikationen zu therapieren sind.

Die Kostenzusage gilt für längstens 2 Jahre ab dem heutigen Datum.

Ich verpflichte mich, einen Wohnortwechsel während des Behandlungszeitraums mitzuteilen. Bei ästhetischen Leistungen, die nicht rein medizinisch begründet sind, fällt die gesetzliche Mehrwertsteuer an.

Wir bitten Sie höflich, Ihre Lasertermine exakt einzuhalten, da die Bereitstellung von Lasergeräten und Personal nicht unerhebliche Kosten verursacht. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir bei Nichteinhalten des Termins Kosten in Höhe von €50,00 in Rechnung stellen müssen.

Im Falle einer Rechtsstreitigkeit ist der Gerichtsstand in Bochum.

Bemerkungen:

Datum:

Patient

Arzt/Fachpersonal