

**Vergütungsvereinbarung**  
**zwischen der Ambulanzzentrum des UKE GmbH, Dermatologie**  
**und**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

Für die ärztlichen Leistungen erbitten wir eine Zahlung in Höhe von **192,03 Euro** zu leisten.

**Fotofinder:** Automatisches Total Body Mapping und Videosystem-gestützte Untersuchung und Bilddokumentation

Ziffer (GOÄ)	Leistungstext	Faktor	Betrag (EUR)
1	Beratung	2,3	10,72€
7	Untersuchung	2,3	21,45€
5442A	Fotografische Diagnostik v. Hautläsionen	2,3	80,44€
612A	Videogestützte Untersuchung	1,8	79,42€
	<b>Gesamt</b>		<b>192,03€</b>

Eine formale Rechnung wird Ihnen nach Abschluss der Untersuchung zugesandt.

Mir ist bekannt, dass ich die individuelle Gesundheitsleistung (auch IGEL genannt) privat zu bezahlen habe, da diese Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse weder Anspruch auf Kostenerstattung noch auf eine Kostenbeteiligung habe. Eine Kopie des Vertrages habe ich erhalten.

\_\_\_\_\_  
Datum und Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des oder der Patient:in

\_\_\_\_\_  
Datum und Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertretung Dermatologie

## Vereinbarung eines Ausfallhonorars

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Ambulanzzentrum des UKE GmbH wird nach dem Bestellsystem geführt. Die Termine werden jeweils nur an einen Patienten vergeben, eine Doppeltvergabe von Terminen findet nicht statt. Wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, müssen Sie den Termin **48 Stunden** vorher absagen, damit die vorgesehene Zeit an einen anderen Patienten vergeben werden kann. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. Die Ambulanzzentrum des UKE GmbH behält sich vor, bei verspäteter Absage Schadensersatz i.S.d. § 615 BGB geltend zu machen, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft den Patienten kein Verschulden.

Leistung	Ausfallhonorar
Fotofinder: Automatisches Total Body Mapping und Videosystem-gestützte Untersuchung und Bilddokumentation	150,00€

Diese Vereinbarung gilt für den gesamten Zeitraum Ihrer Behandlung.

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

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

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bei minderjährigen Patienten oder bei Patienten, für die eine gesetzliche Betreuung eingerichtet wurde, Vor- und Nachname sowie Unterschrift der/des Sorgeberechtigten bzw. des gesetzlichen Betreuers