## Honorarvereinbarung

Ich wünsche, die privaten Leistungen von Herrn Dipl.-Psych. Stanislaw Rozin in Anspruch zu nehmen. Die Abrechnung erfolgt gemäß § 2 der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) auf Basis einer individuellen Vereinbarung zwischen Herrn Stanislaw Rozin – Psychologischer Psychotherapeut
und

**Patient/-In:** .....
(Name, Vorname)

**Geburtsdatum:** .....

**Adresse:** .....
(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Für die Durchführung einer AD(H)S-Diagnostik bzw. Autismusdiagnostik wird folgende Honorarvereinbarung getroffen:

| Leistung | GOÄ-Ziffer (analog, § 6 Abs. 2 GOÄ) | Grundbetrag | Anzahl | Faktor | Gesamtbetrag |
|---|---|---|---|---|---|
| Erstgespräch (50Min.=2x25Min.) | **A812S** | 29,14 € | 2 | 2,3 | 134,04 € |
| Eingehende Anamnese (Kindheit und Erwachsenenalter | **A860** | 53,62 € | 1 | 2,3 | 123,33 € |
| Vertiefte Exploration | **A807** | 23,31 € | 1 | 2,3 | 53,61 € |
| Psychischer Befund | **A801** | 14,57 € | 1 | 2,3 | 33,51 € |
| Gesprächstermin, Befunderläuterung, (optional, 30 Min. ≈ 1 × 25 Min.) | **A812S** | 29,14 € | 1 | 2,3 | 67,02 € |
| Testuntersuchung/ Fragebögen/ Interview (Test-batterie mindestens 3 Testverfahren 3-4 fach) | **A855** | 42,08 € | 3 | 1,8 | 227,23€ |
| Ausführlicher Bericht und Übermittlung der Befunde (wird nicht erstattet) | **85 95** | 29,14€ | 1 | 2,3 | 67,02 € |
| | | | | | |
| **Gesamt ADHS** | | | | **Max. Ca.** | **705,76 €** |
| **Gesamt ASS Diagnostik** | | | | **Max. Ca.** | **814 €** |
| **Gesamt ADHS und ASS Diagnostik** | | | | **Max. Ca.** | **880 €** |

**Zur Begründung:** Die Diagnostik einer ADHS oder einer Störung aus dem Autismusspektrum im Erwachsenenalter ist anspruchsvoll und setzt sich aus mehreren Bausteinen zusammen. Dazu gehören die Erfassung entwicklungspsychologischer Aspekte, eine Fremdanamnese sowie testpsychologische Verfahren. Für die Testdiagnostik werden unterschiedliche Fragebögen verwendet, die sowohl der differenzialdiagnostischen Abklärung als auch der gezielten Erfassung von ADHS und ASS dienen.

***Eine Erstattung der vereinbarten Vergütung durch private Krankenversicherungen bzw. Beihilfestellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.***

***Eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung ist ausgeschlossen.***

**Der Rechnungsbetrag wird nach Rücksendung der Fragebögen fällig.** ***Nach Eingang des Rechnungsbetrags wird der Bericht innerhalb von 8-12 Wochen versendet.***

**Ich habe die obenstehenden Informationen zur Kenntnis genommen. Ich beauftrage hiermit die Durchführung der ADHS/ASS Diagnostik.** DIES IST NOCH KEINE RECHNUNG.

….....
Ort, Datum Unterschrift Patient/-in