

**Kinder- und Jugendarzt Dr.med. R. Mende**  
**Callenberger Str. 23 | 96450 Coburg | Tel.0956-95403 | Fax 09561-76351**

## HONORARVEREINBARUNG

Nach erfolgter Erläuterung wünsche ich

.....geb.....  
(Name, Vorname)

.....Tel.....  
(Anschrift)

die Durchführung der folgenden Gesundheitsleistungen für mich /

.....

<b>Hypnotherapie (GOÄ 845A)</b>	<b>45 Min.</b>	<b>F 2.58</b>	<b>60,00€</b>
<b>(analog Einleitung Psychotherapie GOÄ Ziffer 808)</b>			

Diese Honorarvereinbarung erfolgt gemäß §§ 1,2 GOÄ.

Mir ist bekannt, dass diese Leistung nicht von einer Krankenkasse erstattet werden muss.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift des Versicherten

-----  
Unterschrift und Stempel des Arztes

Duplikat für Patient