

Honorarvereinbarung

Ich wünsche, private Leistungen von Herrn Dipl.-Psych Ralf Jostes in Anspruch zu nehmen.
 Gemäß §2 der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) wird zwischen
 Ralf Jostes – Psychologischer Psychotherapeut
 und

.....-Patient/-in

zur AD(H)S-Diagnostik/Autismusdiagnostik folgende Honorarvereinbarung getroffen:

	GoÄ –Ziffer /Leistung	Grund betr ag	Faktor	Gesam t- betrag
Erstgespräch 50Min	A812S	2 x 67,03 134,06€	2,3	2 x 67,003 134,06€
. Eingehende Anamnese und Exploration Kindheit und Erwachsenenalter	A860	123,34€	2,3	123,34€
vertiefte Exploration	A807	53,62 €	2,3	53,62 €
Psychischer Befund	A801	33,52€	2,3	33,52€
Gesprächstermin, Befunderläuterung, etc.	A812S optional möglich, als ½ Termin (30 Min.)	134,06 €	2,3	67,03€
Testuntersuchung/ Fragebögen/ Interview	A855: Testbatterie mind. 3 Testverfahren 3-4 fach	75,75 €	1,8	75,75 € 75,75 € 75,75 € 75,75 €
Ausführlicher Bericht (wird nicht erstattet)	85: Bescheinigung (Ausführlicher Bericht und Übermittlung der Befunde) 95 Schreibgebühr	29,14€	2,3	67,03 €
Gesamt ADHS		Max. Ca. 650€		
Gesamt ASS Diagnostik		Max. Ca. 814€		
Gesamt ADHS und ASS Diagnostik		Max.Ca. 880€		

Zur Begründung: Die Diagnostik einer adulten ADHS oder Autismusspektrumstörung erfordert einen hohen diagnostischen Aufwand, der die Erhebung entwicklungspsychologischer Aspekte, u.U. Fremdanamnese und auch testpsychologische Untersuchungen mit einbezieht. Zur Testdiagnostik werden das computerisierte HTS-5 System der Firma Hogrefe und das System Klindo (verschiedene Selbstbeurteilungsinventare zum differentialdiagnostischen Screening) sowie zur Diagnostik der ADHS und ASS verschiedene Fragebögen eingesetzt. **Eine Erstattung der vereinbarten Vergütung durch die Erstattungsstellen bzw. PKV ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet. Eine Erstattung durch die gesetzliche Krankenkasse ist nicht möglich.**

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

Ich habe obige Angaben zur Kenntnis genommen und möchte eine ADHS/ASS Diagnostik beauftragen. DIES IST NOCH KEINE RECHNUNG.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in