

**Lichterfelde**

Kornmesserstr. 10  
 12205 Berlin  
 Tel: +49 30 8040 9493  
 Fax: +49 30 8431 3323  
 lichterfelde@rosero.de

**Neukölln**

Karl-Marx-Str. 80  
 12043 Berlin  
 Tel: +49 30 623 8485  
 Fax: +49 30 6273 2118  
 neukoelln@rosero.de

**Marzahn**

Chemnitzer Str. 148-152  
 12621 Berlin  
 Tel: +49 30 56 55 41 98  
 Fax: +49 30 56 55 42 63  
 marzahn@rosero.de

[www.kinder-mvz-berlin.de](http://www.kinder-mvz-berlin.de)

**Vereinbarung der Vergütungshöhe**

**Privatkassen**

Für nachstehende Leistungen wird folgender Vergütungssatz gemäß gültigem GOÄ vereinbart:

Name: \_\_\_\_\_

GOÄ Nummer	Legende	Preis
860	Erhebung einer biographischen Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten	123,34 € *
800	Eingehende neurologische Untersuchung -	26,98 € *
856	Standardisierte Intelligenz- und Entwicklungstests	48,39 € *
885	Eingehende psychiatrische unter Berücksichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge	67,03 € *
846	Übende Verfahren (z. B. autogenes Training) in Einzelbehandlung, Dauer mindestens 20 Minuten	20,10 € *
886	Psychiatrische Behandlung bei Kindern und/oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) unter Berücksichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge	93,84 € *
870	VT - Intervention	100,56 € *
716	Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Säugling oder Kleinkind (z.B. Bewegungs- und Wahrnehmungsvermögen)	9,25 € *
717	Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Kleinkind (z. B. Sprechvermögen, Sprachverständnis, Sozialverhalten)	14,75 € *
817	Eingehende psychiatrische Beratung der Bezugsperson	24,13 € *
857	Orientierende Testuntersuchung	16,90 € **
801	Eingehende psychiatrische Untersuchung - gegebenenfalls	33,52 € *
804	Psychiatrische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch - auch mit gezielter Exploration -	20,11 € *

\* Steigerungsfaktor: 2,3    \*\* Steigerungsfaktor: 2,5

Diese Vereinbarung ist auch dann gültig, wenn eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen nicht oder nicht in voller Höhe gewährleistet ist. Die Vergütung ist unabhängig vom Erstattungszeitpunkt durch die jeweilige Erstattungsstelle zum vereinbarten Zeitpunkt fällig. Hiermit entbindet der Unterzeichner die Praxis Rosero von der Schweigepflicht und ist mit der Abtretung der Forderungen an ein Inkassobüro einverstanden. Nach Verlangen ist dem Patienten eine Ausfertigung dieser Honorarvereinbarung ausgehändigt worden.

Ort & Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift / Praxisstempel: \_\_\_\_\_