

Auftrag zur Privatärztlichen Behandlung und Abrechnung/ Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen

Ich _____
(Name) (Vorname) (Geb. Datum)

wünsche die Durchführung der folgenden individuellen Gesundheitsleistungen, für die eine medizinische Indikation oder Abrechnungsfähigkeit im Sinne und zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vorliegt:

- | | |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Lungenfunktion | 25 € |
| <input type="checkbox"/> EKG im Ruhezustand | 15 € |
| <input type="checkbox"/> Großes Blutbild (mit Leber- Nieren, Schilddrüsen- u. allen Fettwerten) | 20 € |
| <input type="checkbox"/> Krebsvorsorge Männer unter 45 Jahren | 25 € |
| <input type="checkbox"/> PSA-Wert (Einzelblutentnahme, zzgl. Rechnung des Labors) | 5 € |
| <u>Ultraschall:</u> | |
| <input type="checkbox"/> der Schilddrüse | 20 € |
| <input type="checkbox"/> des Oberbauchs (Nieren, Galle, Leber, Bauchspeicheldrüse, Bauchschlagader) | 30 € |
| <input type="checkbox"/> der Halsschlagader (mit Blutflussmessung) | 35 € |
| <input type="checkbox"/> Beratung zur Patientenverfügung | 20 € |
| <input type="checkbox"/> Impfung (wenn keine Kassenleistung) zzgl. Impfstoff | 10 € |
| <input type="checkbox"/> Reiseberatung/Reiseapotheke (je nach Aufwand) | 10-30€ |
| <input type="checkbox"/> _____ | _____ € |

Mir ist bekannt, dass ich diese vorgenannten individuellen Gesundheitsleistungen privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen habe, da diese Leistungen nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenbeteiligung habe.

Haltern am See, _____
(Datum)

(Unterschrift des Patienten)