



Hier finden Sie unsere Honorarvereinbarungen für Selbstzahler-Leistungen zum Ausdrucken und Ausfüllen.

Name, Vorname

Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

Ich wünsche, durch die/den behandelnden(n) ÄrztIn die folgenden Leistungen gemäß GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) in Anspruch zu nehmen:

Technische Leistung	GOÄ-Ziffer	Euro	
EKG	GÖA 651	25.-	<input type="checkbox"/>
Belastungs-EKG	GÖA 652	44.-	<input type="checkbox"/>
Lungenfunktionstest	GÖA 605/605a	46.-	<input type="checkbox"/>
Ultraschall der Bauchorgane	GÖA 1/410/3x420	52.-	<input type="checkbox"/>
Ultraschall der Schilddrüse	GÖA 1/417	29.-	<input type="checkbox"/>
Ultraschall des Herzens (Farbdopplerechokardiographie)	GÖA 1/424/404/405	107.-	<input type="checkbox"/>

Selbstzahlerleistungen	GOÄ-Ziffer	Euro	
Attest (DIN A5)	GÖA 70	5.-	<input type="checkbox"/>
Ausführlicher Befundbericht (DIN A4)	GÖA 75	17.-	<input type="checkbox"/>
Aufbau-(Vitamin)-Injektion i.m.	GÖA 8x252	32.-	<input type="checkbox"/>
Aufbau-(Vitamin)-Injektion i.v.	GÖA 8x253	42.-	<input type="checkbox"/>
Reisemedizinische Beratung	GÖA 34a	20.-	<input type="checkbox"/>
Reiseimpfung	GÖA 375	11.-	<input type="checkbox"/>
Reiserücktrittsbescheinigung	GÖA 1/75	21.-	<input type="checkbox"/>
Patientenverfügung (Ärztliche Beratung und schriftliche Ausarbeitung)	GÖA A849/A5/A80	80.-	<input type="checkbox"/>
Tauchsporttauglichkeit (Ganzkörperstatus, Belastungs-EKG, Lungenfunktion)	GÖA 1/8/70/652/605/605a	125.-	<input type="checkbox"/>
Sportler-Check (Beratung, Ganzkörperstatus, Bel.-EKG, Spirografie, Echokardiografie)	GÖA 1/7/652/605/424/406	157.-	<input type="checkbox"/>
Fahrttauglichkeitsuntersuchung (C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E) ohne Sehtest	GÖA 1/8/70	53.-	<input type="checkbox"/>

Alle Beträge richten sich nach der GOÄ und sind auf ganze Eurobeträge abgerundet.

Es ist mir bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Ich wünsche dennoch die oben aufgeführten Leistungen. Ich weiß, dass die Behandlung **nicht erstattungsfähig** ist und dass die o.g. Betrag von mir selbst zu tragen ist. Auf Wunsch erhalte ich eine gesonderte Rechnung über die erbrachte Leistung.

Ort / Datum / Unterschrift PatientIn

Unterschrift Praxis

Betrag dankend erhalten.

Bemerkungen