



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	
Ultraschall des Herzens (Farbdopplerechokardiographie)	GOÄ 1/424/404/405	108.-	<input type="checkbox"/>
Ultraschall der Beinarterien (Farbduplexsonographie FKDS)	GOÄ 1/410/420x3/644	73.-	<input type="checkbox"/>
Ultraschall der Beinvenen (Farbduplexsonographie FKDS)	GOÄ 1/410/420x3/644	73.-	<input type="checkbox"/>
Ultraschall der Halsgefäße (Farbduplexsonographie FKDS)	GOÄ 1/410/420/645	105.-	<input type="checkbox"/>
Arteriosklerose-Screening der Halsschlagader (Ultraschall)	GOÄ 1/410	29.-	<input type="checkbox"/>

Selbstzahlerleistungen	GOÄ-Ziffer	Euro	
Attest (DIN A5)	GOÄ 70	5.-	<input type="checkbox"/>
Ausführlicher Befundbericht (DIN A4)	GOÄ 75	17.-	<input type="checkbox"/>
Aufbau-(Vitamin)-Injektion i.m. x 8	GOÄ 8x252	32.-	<input type="checkbox"/>
Aufbau-(Vitamin)-Injektion i.v. x 8	GOÄ 8x253	42.-	<input type="checkbox"/>
Reisemedizinische Beratung	GOÄ 34a	20.-	<input type="checkbox"/>
Reiseimpfung	GOÄ 375	11.-	<input type="checkbox"/>
Reiserücktrittsbescheinigung	GOÄ 1/75	21.-	<input type="checkbox"/>
Patientenverfügung (Ärztliche Beratung und schriftliche Ausarbeitung)	GOÄ 80	40.-	<input type="checkbox"/>
Tauchsporttauglichkeit (Ganzkörperstatus, Belastungs-EKG, Lungenfunktion)	GOÄ 1/8/70/652/605/605a	125.-	<input type="checkbox"/>
Sportler-Check (Beratung, Ganzkörperstatus, Bel.-EKG, Spirografie, Echokardiografie)	GOÄ 1/7/652/605/424/406	157.-	<input type="checkbox"/>
Fahrtauglichkeitsuntersuchung (C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E) ohne Sehtest	GOÄ 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. Beträge von mir selbst zu tragen sind. Auf Wunsch erhalte ich eine gesonderte Rechnung über die erbrachte Leistung.

Ort / Datum / Unterschrift PatientIn

Unterschrift Praxis

Betrag dankend erhalten.

Bemerkungen