



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 424	40,80	<input type="checkbox"/>
Ultraschall der Beinarterien (Farbduplexsonographie FKDS)	GOÄ 410/420x2	37,76	<input type="checkbox"/>
Thromboseausschluss der Beinvenen (Farbduplexsonographie FKDS)	GOÄ 410/420x2	37,76	<input type="checkbox"/>
Ultraschall der Halsschlagader (Farbduplexsonographie FKDS)	GOÄ 410/420	29,37	<input type="checkbox"/>

Selbstzahlerleistungen	GOÄ-Ziffer	Euro	
Attest (DIN A5)	GOÄ 70	5,36	<input type="checkbox"/>
Ausführlicher Befundbericht (DIN A4)	GOÄ 75	17,43	<input type="checkbox"/>
Aufbau-(Vitamin)-Injektion i.v. x 8	GOÄ 8x253	32,64	<input type="checkbox"/>
Reiserücktrittsbescheinigung	GOÄ 1/75	22,03	<input type="checkbox"/>
Patientenverfügung (Ärztliche Beratung und schriftliche Ausarbeitung)	GOÄ 80	40,22	<input type="checkbox"/>
Fahrttauglichkeitsuntersuchung (C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E) ohne Sehtest	GOÄ 1/8/70	50,94	<input type="checkbox"/>

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