



Individuelle Gesundheitsleistungen

Leistungen unserer Praxis, die von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen werden, die wir Ihnen auf Wunsch aber gerne anbieten. Die Gebühren richten sich nach der amtlichen Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ).

Ärztliche Serviceleistungen

Ärztliche Untersuchungen und Bescheinigungen außerhalb der kassenärztlichen Pflichten auf Wunsch des Patienten (z. B. Intervall Check, Bescheinigung für den Besuch von Kindergarten, Schule oder Sportverein oder bei Reiserücktritt, Führerschein--Untersuchung, Eignungsuntersuchung für Fitness--Studios).

Steigerungssatz gemäß §6 GOÄ 1.8 Außer bei 70, 75, 80 (Abrundung auf Euro-Betrag)	GOÄ-Ziffer	Honorar
I. Bescheinigungen		
Attest (Kurzattest ohne Untersuchung)	70	7,00€
Attest (Größeres Attest, ohne Untersuchung)	75	24,00€
Formularattest für Pflegeheim (incl. Anamnese, Medikation u.a.)	75	24,00€
Gutachten (für Lebensversicherung, private Krankenversicherung, etc.)	80	61,00€
Taucheruntersuchung (Anlehnung an GTÜM)	1,7,70, 605, 605A 651	70,00€
Mit Ergometrie (Belastungs-EKG)		116,00€
II. Untersuchungen/Beratungen für Private Atteste, Gutachten, Vorsorge		
Intervall-Check-UP (zzgl. Kosten für Labor u. technische Untersuchung)	29	46,00€
Ganzkörperuntersuchung	8	27,00€
Ruhe-EKG	651	26,00€
Belastungs-EKG (Ergometrie)	652	46,00€
Lungenfunktionstest	605, 605A	40,00€
Ultraschalluntersuchung (Bauchraum komplett)	401,401, 410, 420x3	84,00€
Ultraschalluntersuchung (Schilddrüse)	401, 417	45,00€
Echokardiographie (mit CW, PW-Doppler, M-Mode)	405, 406,424, 410 (Aorta)	117,00€
Blutentnahme	250	4,20€
Führerscheinuntersuchung	Siehe sep. Preisliste Untersuchungen n. FEV	
Eignungsuntersuchung für Fachhochschule, Uni, F FSJ, Beruf	1,7,70	30,00€
III. Reisevorbereitung für Auslandsreisen, Tropenreisen, Vorsorge		
Beratung (z.B. Risiko, Reiseapotheke, Malaria-, Thromboseprophylaxe)	3	15,00€
Untersuchung (z.B. Reisefähigkeit, Impffähigkeit) falls erforderlich	7	16,00€
Reiseimpfung (z.B. Typhus, Meningitis, Hepatitis A, zzgl. Impfstoffe)	375	8,00€
Jede weitere Impfung	377	5,00€
Reiserücktrittsattest (nach Umfang 70 o. 75)		7.00-24.00€
IV. Patientenverfügung		
1. Person (3,5 fach gemäß §6 GOÄ (Beratung)	34	61,00€
Zzgl. 2,3 gemäß §6 GOÄ (Attest)	75	17,43€
2. Person 1.8 gemäß § GOÄ	34	31,00€
VI. Labor		
Einzelwerte n. Kosten des Labor Bioscientia (meine Mitarbeiter informieren sie gerne)		
Blutabnahme (einmalig)	250	4,20€
Ggf. zuzüglich Beratungskosten		



Nach zeitlichen Umfang <10min	1	8,00€
Nach zeitlichen Umfang > 10min	3	15,00€

Vereinbarung über die Inanspruchnahme einer Selbstzahler-Leistung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____

Leistung	GOÄ Ziffer Analogziffer	Betrag in €
Ggf. zzgl. Sachkosten		
Gesamtkosten:		

Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten von ihr – auch teilweise – nicht übernommen bzw. erstattet werden können. Der oben genannte Betrag ist von mir selbst zu tragen. Für die Entscheidung zur Durchführung obiger Leistung wurde mir ausreichend Bedenkzeit gelassen.

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Arztes / Praxistempel