



## Einverständniserklärung im Rahmen einer ärztlichen Leistung auf Selbstzahlerbasis

Ich, .....geb. am.....

möchte von Frau/ Herrn Dr. ....ärztlich beraten und behandelt werden.

Die nachfolgenden Untersuchungen / Serviceleistungen können Sie bei uns in Anspruch nehmen:

( *Wunschleistungen bitte ankreuzen!* )

### Atteste

- kurzes Attest / Schulattest / Arbeitgeberattest zur Fehlzeit 5,36 €
- ausführliches Attest 17,43 €
- körperliche Untersuchung mit Beratung 45,57 €

### Führerscheinuntersuchung

- LKW – Führerscheinuntersuchung 66,36 €
- + EKG 26,55 €
- + Flüstertest 10,19 €
- + Prüfung Farbsehen 8,19 €
- + Blutentnahme ( + Kosten für Blutwerte [ eventuell extra Laborrechnung ] ) 4,19 €

### Reiseimpfberatung (Bitte informieren Sie uns bei der Terminabsprache über Ihr Reiseziel)

- Beratung 10,72 €
- Impfung mit körperlicher Untersuchung 32,18 €

### Sport - / Tauchtauglichkeitsuntersuchung

- kurzes Attest 5,36 €
- körperlicher Untersuchung mit Beratung 45,57 €
- + EKG 26,55 €
- + Belastungs-EKG 59,66 €
- + Lungenfunktionsprüfung 25,40 €
- + Prüfung Farbsehen 8,19 €

### Ultraschalluntersuchungen

- Ultraschall des Herzens 93,84 €
- Ultraschall der Halsschlagader 71,57 €

### Beratung zur Lifestyle Medikation ( Vitamin Behandlung / Gewichtsabnahme Beratung )

- Beratung 10,72 €
- + Injektion 5,36 €
- + Rezept 3,15 €

### Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung

- Beratung 61,22 €

### Die von mir gewünschte Behandlung ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und ist von mir selbst zu bezahlen.

Ich weiß, dass die Krankenkasse die Kosten, die für die privat-ärztliche Behandlung anfallen, nicht erstatten muss, auch nicht teilweise. Hierüber bin ich von meinem Arzt umfassend aufgeklärt worden. Ich bin damit einverstanden, dass die Kosten, die für die gewünschte privat-ärztliche Behandlung anfallen, auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden.

Ort/ Datum

Unterschrift Patienten / in