Einverständniserklärung / Behandlungsvertrag

über individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich wünsche die privatärztliche Behandlung mit folgenden individuellen Gesundheits-
leistungen (IGEL), für die eine Rechnungsstellung auf Grundlage der
Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Leistung** | **Betrag** | **gewünschte Leistung bitte ankreuzen** |
| Somnotouch NIBP – LZ-RR ohne Manschette |  € 119,19 |  |
| Ruhe-EKG | € 26,54 |  |
| 3D-Vektor-EKG (Cardisiographie) | € 70,12 |  |
| Spirometrie (kleine Lungenfunktion) | € 40,08 |  |
| Bodyplethysmographie (große Lungenfunktion) | € 74,19 |  |
| FeNo Messung (Asthmabeurteilung) | € 35,78 |  |
| Lungendiffusions-Messung | € 23,82 |  |
| P01 Messung (Atemmuskelkraft) | € 25,39 |  |
| Ultraschall Bauch | € 58,97 |  |
| Ultraschall Schilddrüse | € 28,15 |  |
| Ultraschall Herz | € 52,46 |  |
| Ultraschall der Halsgefäße  | € 36,53 |  |
| Reiseimpfberatung  | € 30,60 |  |
| Tauchsportuntersuchung unter 40J.  |  € 122,91 |  |
| Tauchsportuntersuchung ab 40 J.  |  € 148,85 |  |
| Wunschlabor nach Absprache |  |  |
| Atteste nach Umfang |  |  |

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 wünschte dennoch die oben aufgeführten Leistungen.

Ich wusste, dass die Behandlung nicht erstattungsfähig war und dass der oben vermerkte Betrag von mir selbst zu tragen ist.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass mir nach Durchführung der gewünschten Leistungen eine Rechnung per Post zugestellt wird. Diese begleiche ich im dort angegebenen Zeitraum.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_