



## Honorarvereinbarung für privatärztliche Leistungen

.....  
Name und Vorname  
.....

.....  
Anschrift  
.....

Ich wünsche, durch die/den behandelnde(n) Ärztin/Arzt die folgenden Leistungen gemäß GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) in Anspruch zu nehmen:

Technische Leistung	GOÄ-Ziffer	Euro	
EKG	GOÄ 651	25,-	<input type="checkbox"/>
Belastungs-EKG	GOÄ 652	44,-	<input type="checkbox"/>
Lungenfunktionstest	GOÄ 605/605a	46,-	<input type="checkbox"/>
Schlaf-Apnoe-Test (Apnea link mit Oxymetrie)	GOÄ 1/659	48,-	<input type="checkbox"/>
Tele-EKG (Event-Recorder)	GOÄ 1/653	33,-	<input type="checkbox"/>
ABI-Test (Durchblutungsmessung der Beinarterien)	GOÄ 643	12,-	<input type="checkbox"/>
Ultraschall der Bauchorgane	GOÄ 1/410/3x420	52,-	<input type="checkbox"/>
Ultraschall der Schilddrüse	GOÄ 1/417	29,-	<input type="checkbox"/>
Ultraschall des Herzens (Farbdopplerechokardiographie)	GOÄ 1/424/404/406	107,-	<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.	GOÄ 8x252	32,-	<input type="checkbox"/>
Aufbau-(Vitamin)-Injektion i.v.	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 A849/A5/A80	80,-	<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"/>

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 der oben genannte Betrag von mir selbst zu tragen ist. Auf Wunsch erhalte ich eine gesonderte Rechnung über die erbrachte Leistung.

Betrag dankend erhalten

.....  
Ort/Datum/Unterschrift Patientin/Patient

.....  
Unterschrift Praxis