



## Honorarvereinbarung zur privatärztlichen Vorsorge-Behandlung

.....  
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:

Vorsorge/Check-Up Untersuchungen	GOÄ-Ziffer	Euro	
<b>Premium-Gesundheitscheck</b> (Sonografie der Bauchorgane, der Schilddrüse und der Halsschlagadern)	GOÄ 1/410/3x420/401	<b>98,-</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Labor-Check</b> (Leberwerte, Niere, Blutbild, Fettprofil & Harnsäure)	3595H, 3592H, 3585H, 3564H, 3465H, 3563H, 3550	<b>19,-</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Sono-Check</b> (Sonografie der Bauchorgane und der Schilddrüse)	GOÄ 1/410/3x420/401	<b>74,-</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Risiko-Check für Raucher</b> (umfassende Beratung, Lungenfunktion)	GOÄ 605/605a/34	<b>68,-</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Schlaganfall-Check</b> (Sonografie der Halsschlagadern)	GOÄ 1/410/2x420	<b>46,-</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Cardio-Check</b> (Echokardiografie, Bel.-EKG, individuelle Risikoberechnung und Beratung)	GOÄ 1/652/424/406	<b>133,-</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Arteriosklerose-Check</b> (Beratung, Sonografie Bauchschlagader und ABI-Messung der Beinarterien)	GOÄ 1/410/643	<b>40,-</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Fitness-Check</b> (Bel.-EKG, Lungenfunktion)	GOÄ 1/652/605/605a	<b>82,-</b>	<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.

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

.....  
Unterschrift Praxis