

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Praxisstempel

Praxisleistungen

Bogen C

	GOÄ	Preis/€
Beratungen		
<input type="checkbox"/> Beratung < 10 Min.	1 (1,0)	4,66
<input type="checkbox"/> Beratung < 10 Min.	1 (2,3)	10,72
<input type="checkbox"/> Beratung > 10 Min.	3 (1,0)	8,74
<input type="checkbox"/> Beratung > 10 Min.	3 (2,3)	20,11
<input type="checkbox"/> Besprechung >20 Min.	A33	40,22
<input type="checkbox"/> Anamnese > 30 Min.	A31	60,33
<input type="checkbox"/> Erstanamnese > 50 Min.	A30	120,65
Untersuchungen		
<input type="checkbox"/> Kleine Untersuchung	5	10,72
<input type="checkbox"/> Organsystem-Untersuchung (klein)	6	13,41
<input type="checkbox"/> Organsystem-Untersuchung (groß)	7	21,46
<input type="checkbox"/> Ganzkörper-Status	8	34,86
<input type="checkbox"/> Gesundheitsuntersuchung	29	59,00
Bescheinigungen		
<input type="checkbox"/> Kurze Bescheinigung	70	5,36
<input type="checkbox"/> Schriftl. Behandlungsplan	A76	9,38
<input type="checkbox"/> Ausführlicher Bericht	A75	17,43
<input type="checkbox"/> Gutachterliche Stellungnahme	80	40,23

	GOÄ	Preis/€
Injektionen, Probeentnahmen		
<input type="checkbox"/> Blutentnahme	250	4,19
<input type="checkbox"/> Injektion, intramuskulär	252	5,36
<input type="checkbox"/> Injektion, intravenös	253	9,38
<input type="checkbox"/> Infusion	271	16,10
<input type="checkbox"/> Mikrobiologischer Abstrich	298	5,36
<input type="checkbox"/> Zytologischer Abstrich	297	6,03
<input type="checkbox"/> Schutzimpfung	375	10,72
<input type="checkbox"/> Parallel-Impfung	377	6,70
Apparate-gestützte Untersuchungen		
<input type="checkbox"/> Ultraschall eines Organs	410	26,81
<input type="checkbox"/> Ultraschall 4 Organe	410, 3x 420	58,97
<input type="checkbox"/> Ultraschall Schilddrüse	417	28,15
<input type="checkbox"/> Ultraschall Schwangerschaft	415	40,23
<input type="checkbox"/> Transkavit. Ultraschall	403, 410	42,54
<input type="checkbox"/> Ultraschall Brust	418, 420	38,87
<input type="checkbox"/> Ultraschall Fertilität	403,410, 2x 420	63,98
Sonstiges		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Als Mitglied der o.g. Krankenkasse möchte ich oben markierte Leistung(en) in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte(n) ärztliche(n) Leistunge(n) in meinem Fall nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird/werden. Ich werde die Kosten entsprechend o.g. Aufstellung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 1996) selbst tragen.

 Ort, Datum

 Unterschrift der Patientin