

Einverständniserklärung zur privatärztlichen Untersuchung

Stand: 06/2015

Zwischen der
Praxis am Bismarckplatz Dr. med. Achim Fette und Dr. med. Markus Thimm
und
Patient: _____

Nach Aufklärung über mein Recht der freien Arztwahl wünsche ich ausdrücklich die unten mit „ja“ bezeichneten Leistungen (nicht gewünschte mit „nein“ bezeichnen).

Die genannten Untersuchungen sind nicht Bestandteil der von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlten Früherkennungs-Untersuchungen. Sie können zwar sinnvoll sein, aber eine medizinische Notwendigkeit besteht im Rahmen der Früherkennung nicht. Deshalb besteht keinerlei Anspruch auf Erstattung durch die Krankenkasse. Die Praxis wird die genannten Leistungen auf privatärztlicher Basis erbringen und gemäß der gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abrechnen.

Die Rechnung ist von mir vollständig persönlich zu bezahlen.

Über die entstehenden Kosten wurde ich aufgeklärt. Ich erhalte eine Kopie dieser Vereinbarung und später eine Rechnung über die mit „ja“ angekreuzten Leistungen.

GOÄ-Ziffer(n)	Leistungstext	Einfach-satz [€]	Fak-tor	Preis [€]	Ja	Nein
410-3x420	Ultraschall der Oberbauchorgane/Nieren	25,65	1,01	30,00		
417	Ultraschall der Schilddrüse	12,24	1,63	20,00		
424-406-(405)	Ultraschall des Herzens	52,46	1,01	53,00 – 80,00		
410-3x420-645	Ultraschall der Halsschlagadern mit Flussmessung	63,53	1,01	64,00		
410-2x420	Ultraschall der Halsschlagadern mit Messung der Gefäßwanddicke (Intima-Media-Dicke)	20,98	1,43	30,00		
410-3x420-644	Ultraschall der Beingefäße	36,14	1,1	40,00		
651	EKG in Ruhe	14,75	1,02	15,00		
652	EKG in Ruhe und unter Belastung	25,94	1,04	30,00		
605-605a	Einfache Lungenfunktionsprüfung	22,27	1,03	25,00		
605-605a-614	Erweiterte Lungenfunktionsprüfung	36,25	1,02	40,00		
A31	Intensivberatung zur Patientenverfügung	26,33	1,90	50,00		
Labor						
Modul 1	Blutbild, Blutsenkung (Entzünd., Blutkrankh.)	6,99	1,07	7,50		
Modul 2	Kreatinin, Harnsäure (Niere, Gicht)	4,66	1,07	5,00		
Modul 3	Bili, AP, gGT, GOT, GPT (Leber, Galle)	11,66	1,07	12,50		
Modul 4	Triglyzeride, HDL-/LDL-Cholesterin (Fette)	6,99	1,07	10,00		
Modul 5	Natrium, Kalium, Calcium (Blutsalze)	5,83	1,07	6,25		
Modul 6	Oder: das Wichtigste aus 1-5	28,56 - 33,22	1,05	29,90 – 34,80		
A3571	Immunologischer Test auf verstecktes Blut im Stuhlgang	8,74	1,14	10,00		

Voraussichtlicher Gesamtbetrag (Rechnung folgt)

€

Krefeld, den _____

X

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Arzt / Stempel