

VK-EDV-Adressfeld Patient / Rechnungsempfänger

Ortwin Bitzer & Kollegen
FÄ für Allgemeinmedizin
Hausärztliche Versorgung
Betriebsmedizin • Reisemedizin
76829 Landau • Poststraße 1
Tel. 06341-83021 • Fax 06341-83022
E-Mail: info@hausarzt-landau.de
Homepage: www.hausarzt-landau.de

Für ärztliche Leistungen erlauben wir uns gem. GOÄ, Stand 1.4.2008 zu berechnen:

<input type="checkbox"/> 70 Kurze Bescheinigung	5,00 €	<input type="checkbox"/> 95 Schreibgebühr je Seite	x 3,50 €
<input type="checkbox"/> 70a Bescheinigung	10,00 €	<input type="checkbox"/> 96 Schreibgebühr je Kopie	x 0,25 €
<input type="checkbox"/> 75 Befundbericht	15,00 €	<input type="checkbox"/> Porto-/Versandgebühren	€
<input type="checkbox"/> 75a dito aufwendig	25,00 €	<input type="checkbox"/> _____	€
<input type="checkbox"/> 80 Gutachtliche Äußerung	40,00 €	<input type="checkbox"/> _____	€
<input type="checkbox"/> 85 dito aufwendig	65,00 €		
<input type="checkbox"/> 85a dito sehr aufwendig	100,00 €	<input type="checkbox"/> GKV-GU2 (Variante Nr. 4.)	10,00 €
		<input type="checkbox"/> GKV-GU3 (Variante Nr. 5.)	25,00 €
<input type="checkbox"/> 29 Gesundheitsuntersuchung	25,00 €	<input type="checkbox"/> GKV-GU4 (Variante Nr. 6.)	35,00 €
<input type="checkbox"/> 28 Krebsfrüherkennung Mann	15,00 €	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 651 EKG	15,00 €	<input type="checkbox"/> 4138 25-Hydroxy-Vitamin D	25,00 €
<input type="checkbox"/> 652 EKG mit Ergometrie	30,00 €	<input type="checkbox"/> 3908 PSA	15,00 €
<input type="checkbox"/> 605 Lungenfunktion	15,00 €	<input type="checkbox"/> 3905 CEA	15,00 €
<input type="checkbox"/> 410 Abdomen-Sono (+420ff)	25,00 €	<input type="checkbox"/> 3500a FOB-Test (Darmkrebs)	10,00 €
<input type="checkbox"/> 415 Schilddrüsen-Sono	15,00 €	<input type="checkbox"/> 3983 Blutgruppenbestimmung	30,00 €
<input type="checkbox"/> 644 Doppler Arterien/Venen	15,00 €	<input type="checkbox"/> 3528 Schwangerschaftstest	7,50 €
<input type="checkbox"/> 645 Doppler Hirnarterien	30,00 €	<input type="checkbox"/> 4030 TSH	15,00 €
<input type="checkbox"/> 410 Carotis-Duplex (+401+404)	50,00 €	<input type="checkbox"/> 4031.H4 Freies Thyroxin (T4)	15,00 €
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 4032.H4 Freies Trijodthyronin (T3)	15,00 €
<input type="checkbox"/> 1401 Hörprüfung	5,00 €	<input type="checkbox"/> 4382 Anti-HAV	15,00 €
<input type="checkbox"/> 1217 Sehprüfung	10,00 €	<input type="checkbox"/> 4381 HBs-AK	15,00 €
<input type="checkbox"/> _____	€	<input type="checkbox"/> 4393 HBc-AK	18,00 €
<input type="checkbox"/> 266 Reiztherapie i.c. inkl. SK je	5,00 €	<input type="checkbox"/> 4322/4323 HIV 1 & 2	30,00 €
<input type="checkbox"/> Kleine Eigenblutbehandlung i.m. je	10,00 €	<input type="checkbox"/> Vitamin-Kur i.v. je	24,00 €
<input type="checkbox"/> HOT-Eigenblutbehandlung i.v. je	75,00 €	<input type="checkbox"/> Basis-Vitalisierungs-Kur i.v. 5x je	34,00 €
<input type="checkbox"/> Diabetes-Kur i.v. 10x je	25,00 €	<input type="checkbox"/> Basis-Vitalisierungs-Kur i.v. 10x je	31,00 €
<input type="checkbox"/> Entgiftungs-Kur i.v. 10x je	40,00 €	<input type="checkbox"/> Große Vitalisierungs-Kur i.v. 5x je	50,00 €
<input type="checkbox"/> Medivitan-Kur i.m. 8x je	10,00 €	<input type="checkbox"/> Große Vitalisierungs-Kur i.v. 10x je	45,00 €
<input type="checkbox"/> Reisemedizinische Beratung	25,00 €	<input type="checkbox"/> Gelbfieber (Stamaril & Impfung)	60,00 €
<input type="checkbox"/> RM-Beratung je zus. Person	10,00 €	<input type="checkbox"/> 375 Reisemedizinische Impfung	x10,00 €
<input type="checkbox"/> Impfberatung	10,00 €	<input type="checkbox"/> Impfstoff/e: _____	€
<input type="checkbox"/> _____	€	<input type="checkbox"/> _____	€
		<input type="checkbox"/> _____	€
<input type="checkbox"/> Gesamtbetrag	_____ €	<input type="checkbox"/> _____	€

Vorgenannte ärztliche Leistungen stellen keine kurativen Leistungen im Sinne des SGB V dar und sind somit keine Kassenleistungen. Es handelt sich um sog. IGeL-Leistungen, welche nach GOÄ bzw. analog GOÄ (ca. 1-facher Satz) und ggf. apothekenüblichen Sachkosten(entsprechend AVP) berechnet werden.

O.g. Patient anerkennt mit seiner Unterschrift die persönliche Kostenübernahme zu den genannten Preisen und erstattet das Gesamthonorar nach Erbringung der Leistung in

bar (erhalten am _____)

mittels Lastschriftverfahren von seinem Konto bei _____ Bank IBAN BIC

mittels Überweisung (z.B. für Leistungen auf Anforderung von Versicherung, Gericht, Behörde, Amt etc.)

Bankverbindung: SPARDA Bank – IBAN: DE04 5509 0500 0013 4736 19 – BIC: GENODEF1S01

Landau, den

Unterschrift Patient

Stempel/Unterschrift Praxis