



Patientenadresse und Geburtsdatum

Tübingen, den

•Hier finden sie unser Honorarvereinbarungen für Selbstzahlerleistungen im Überblick•

Ich wünsche, durch die/den behandelnden(n) ÄrztIn die folgenden Leistungen gemäß

GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) in Anspruch zu nehmen. Die hier angegebenen Honorare sind

ungefähre Preisangaben; der sich tatsächlich ergebende Betrag kann je nach individuellem Aufwand,

Schwierigkeit und Zeitaufwand der Leistung variieren.

| technische Leistungen | GOÄ-Ziffer | Euro | |
|---|-----------------------------|-------|--------------------------|
| Ultraschall des Bauchraumes | GOÄ 410,420 _(3x) | 58,97 | <input type="checkbox"/> |
| Ultraschall der Schilddrüse | GOÄ 417,404,401 | 66,03 | <input type="checkbox"/> |
| Ultraschall der Halsschlagader <small>(FDKS)</small> | GOÄ 410,420,645 | 68,20 | <input type="checkbox"/> |
| Ultraschall der Bauchschlagader | GOÄ 404,401,410 | 49,54 | <input type="checkbox"/> |
| Thromboseausschluss der Beinvenen <small>(FDKS)</small> | GOÄ 410,420,644 | 56,41 | <input type="checkbox"/> |
| EKG | GOÄ 1,651 | 37,26 | <input type="checkbox"/> |

| Selbstzahlerleistungen | GOÄ-Ziffer | Euro | |
|--|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Attest | GOÄ 70 | 5,36 | <input type="checkbox"/> |
| ausführlicher Befundbericht (DinA4) | GOÄ 75 | 17,43 | <input type="checkbox"/> |
| Patientenverfügung (ärztl. Beratung und Ausarbeitung) | GOÄ 80 | 40,22 | <input type="checkbox"/> |
| Aufbau-VitaminB12-Injektionen i.m. (8x) | GOÄ 252 (8x) zzgl. Amp. | 18,64 | <input type="checkbox"/> |
| Reisemedizinische Beratung | GOÄ 3,76A,5 | 55,60 | <input type="checkbox"/> |
| Reisemedizinische Impfung zzgl. Impfstoff | GOÄ 375 (ggf. Parallelimpf.) | 10,72 _(16,32) | <input type="checkbox"/> |
| Tauchtauglichkeitsuntersuchung bis 40.LJ | GOÄ 1,8,70,651,605a | 92 | <input type="checkbox"/> |
| Untersuchungen Lebensversicherung | GOÄ Vordruck (inkl. Labor) | 145 _(zzgl.°) | <input type="checkbox"/> |
| ° bei ggf. Weiteren geforderten Untersuchungen Druckstück E Lebensversicherungs AG | | | |
| Arteriosklerose-Check (inkl. Labor) ¹ | GOÄ 3,6,651,250,614 | 91,66 | <input type="checkbox"/> |
| Chronische Müdigkeit (inkl. Labor) ² | GOÄ 1,6,651,250,614 | 190 | <input type="checkbox"/> |

☐ Arteriosklerose – Check

- Laborcheck: Lipidstatus, Hba1c (Langzeitblutzucker)
- Körperliche Untersuchung inkl. Gewichtskontrolle, Blutdruck, Pulsoxymetrie, EKG
- Arribascorerisikoberechnung und Besprechung Schlaganfall und Herzinfarkttrisiko
- Maßnahmen zur Risikovorbeugung

¹ Kosten: Labor nach GOÄ (Lipidstatus 3562, 3565, 3564, 3563 + Hba1c 3561) inklusive

☐ chronische Müdigkeit

- Laborcheck: großes Blutbild, Vitamine und Spurenelemente (Folsäure, Selen, Zink, Vitamin B12 (Holotranscobalmin), Eisenstoffwechsel (Ferritin), Schilddrüse (FT3 und FT4,TSH)
- Körperliche Untersuchung inkl. Gewichtskontrolle, Blutdruck, Pulsoxymetrie, EKG
- Besprechung ggf. Maßnahme

² Kosten: Labor nach GOÄ (3550/51,4140,4134,4135,4140,3742,4030,4022,4023) inklusive

Laborleistungen

| Laborwert | Kosten GOÄ (Euro) | Beratung GOÄ | Summe Betrag | |
|--------------------|-------------------|--------------|---------------|---|
| PSA | 17,49 | 10,72 | 28,21 | <input type="checkbox"/> |
| Borreliaantikörper | 40,80 | 10,72 | 51,52 | <input type="checkbox"/> |
| Blutgruppe(+ AK) | 29,15 (61,80) | 10,72 | 39,87 (72,52) | <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/>) |
| TSH(FT4) | 14,57 (14,57) | 10,72 | 25,29 (39,86) | <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/>) |
| HIV | 17,49 | 10,72 | 28,21 | <input type="checkbox"/> |
| Magnesium | 5,25 | 10,72 | 15,97 | <input type="checkbox"/> |
| Masernantikörper | 13,99 | 10,72 | 24,71 | <input type="checkbox"/> |
| Windpocken | 13,99 | 10,72 | 24,71 | <input type="checkbox"/> |
| Ferritin | 14,57 | 10,72 | 25,29 | <input type="checkbox"/> |
| Vitamin D | 18,65 | 10,72 | 29,37 | <input type="checkbox"/> |
| Vitamin B12 | 18,65 | 10,72 | 29,37 | <input type="checkbox"/> |
| Folsäure | 14,57 | 10,72 | 25,29 | <input type="checkbox"/> |
| Zink | 5,25 | 10,72 | 15,97 | <input type="checkbox"/> |
| Lipoprotein(a) | 17,49 | 10,72 | 28,21 | <input type="checkbox"/> |
| iFOB-Test Stuhl | 8,75 | 10,72 | 19,47 | <input type="checkbox"/> |

☐ **kleiner Laborcheck:** (nüchtern-Blutentnahme)

Knochenmark (großes Blutbild), Entzündung (BSG), Blutsalze (Calcium, Natrium, Kalium), Galle und Leber (GGT, GOT, GPT), Niere (Kreatinin), Zellzerfall (LDH), Bauchspeicheldrüse (Lipase), Blutfette (Cholesterinprofil und Triglyceride)

Kosten: ca. 38,47 Euro*

☐ **großer Laborcheck:** (nüchtern-Blutentnahme, zuvor keine Einnahme L-Thyroxin)

Knochenmark (großes Blutbild), Gesamteiweiß, Elektrophorese, Entzündung (BSG), Blutsalze (Calcium, Natrium, Kalium), Galle und Leber (GGT, GOT, GPT, Bilirubin), Niere (Kreatinin), Zellzerfall (LDH), Bauchspeicheldrüse (Lipase), Blutfette (Cholesterinprofil und Triglyceride), Gerinnung (Quick, PTT), Muskelenzym (CK), Leberleistung (CHE), Galle (AP), Schilddrüse (TSH), Langzeitblutzucker (HbA1c),

Kosten: ca. 82,10 Euro*

☐ **Veggi Check:**

Vitamin D, Coenzym Q10, Eisen, Gesamt-Eiweiß, Ferritin, Holotranscobalmin, Calcium, Omega-3-Fettsäuren, kleines Blutbild, Selen und Zink

Kosten: ca. 148,05 Euro*

☐ **Eisen-/Vitamin-Check:**

Vitamin D, Vitamin B12 (Holotranscobalmin), Eisen, Ferritin, Folsäure, Zink, Selen

Kosten: ca. 94,19 Euro *

* Sie erhalten eine gesonderte Rechnung vom Labor. Wir empfehlen Ihnen, das Blutergebnis ärztlich zu besprechen. Sprechen Sie uns hierfür gerne an. Die Beratung würden wir Ihnen mit ca. 10,72 Euro zusätzlich in Rechnung stellen.

Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung:

- mir ist bekannt, dass es sich bei den genannten Selbstzahlerleistungen um sogenannte individuelle Gesundheitsleistungen handelt, die nach SGB V nicht auf Kosten der Krankenversicherung abgerechnet werden können.
- Ich erkläre mich hiermit einverstanden die erbrachten Leistungen gemäß der ärztlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) privat zu bezahlen. Den in Rechnung gestellten Betrag werde ich nach Ablauf einer Frist von 14 Tagen auf das mir genannte Konto zu überweisen.
- Hiermit bestätige ich, dass ich über Art, Umfang und Kostenaufwand der oben genannten Selbstzahlerleistungen aufgeklärt wurde und erkläre mich mit der Durchführung einverstanden.

Tübingen, den

Unterschrift PatientIn