

Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung
(IGeL)

Name, Vorname des Patienten

Straße, Nr., PLZ, Wohnort

Ich wünsche durch Herrn Dr. med .F. Girardet / K. Waldmann die privatärztliche Behandlung mit folgenden individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), für die eine Rechnungsstellung auf Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt:

GOÄ-Ziffer	Einfach	Faktor	Betrag	Leistungstext
3550	3,5	1,00	3,5	Blutbild
3551	1,17	1,00	1,17	Leukozytendifferenzierung
3561	11,66	1,00	11,66	HbA1C
3607	2,91	1,00	2,91	TPZ, INR
3605	2,91	1,00	2,91	PTT
3560	2,33	1,00	2,33	Glukose
3558	1,75	1,00	1,75	Natrium
3557	1,75	1,00	1,75	Kalium
3555	2,33	1,00	2,33	Calcium
3620	2,33	1,00	2,33	Eisen im Serum
3585H1	2,33	1,00	2,33	Kreatinin
3583H1	2,33	1,00	2,33	Harnsäure
3581H1	2,33	1,00	2,33	Bilirubin
3573H1	1,75	1,00	1,75	Gesamprotein
3574	11,66	1,00	11,66	Proteinelektrophorese
3562H1	2,33	1,00	2,33	Cholesterin
3563H1	2,33	1,00	2,33	HDL
3564H1	2,33	1,00	2,33	LDL
3565H1	2,33	1,00	2,33	Triglyceride

3590H1	2,33	1,00	2,33	Creatininkinase
3594H1	2,33	1,00	2,33	GOT
3595H1	2,33	1,00	2,33	GPT
3592H1	2,33	1,00	2,33	Gamma-GT
4030	14,57	1,0	14,57	TSH
4138	27,98	1,0	27,98	Vitamin D, Ligandenassay
3742	14,57	1,0	14,57	Ferritin, Ligandenassay
Gesamt			128,80 €	

Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zu den Leistungen meiner gesetzlichen Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten von ihr (auch nicht teilweise) übernommen oder erstattet werden können.

Die Arztrechnung ist mit den oben angegebenen Gesamtkosten von mir selbst zu bezahlen.

Die Vereinbarung schliesse ich auf meinen ausdrücklichen Wunsch, ich wurde nicht zu ihr gedrängt.

München, den _____

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt