



Erklärung über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen (IGEL)

Patient/in:
Name Vorname

.....
Anschrift

Ich wünsche die Durchführung der nachfolgend angekreuzten Gesundheitsleistung(en) durch den/die behandelnde/n Arzt/Ärztin:

- | | |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> EKG | 25€ |
| <input type="checkbox"/> Spirometrie inkl. Sauerstoffmessung | 20€ |
| <input type="checkbox"/> Ergometrie | 75€ |
| <input type="checkbox"/> Hautscreening | 35€ |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsuntersuchung | 60€ |
| <input type="checkbox"/> Sonographie Abdomen | 75€ |
| <input type="checkbox"/> Sonographie Halsgefäße | 65€ |
| <input type="checkbox"/> Sonographie Schilddrüse | 40€ |
| <input type="checkbox"/> Teil-Akkupunktur | 25€ |
| <input type="checkbox"/> Lichtkasten mit Akkupunktur | 35€ |
| <input type="checkbox"/> Lichtkasten ohne Akkupunktur | 20€ |
| <input type="checkbox"/> Kinesiotaping klein | 10€ |
| <input type="checkbox"/> Kinesiotaping groß | 15€ |
| <input type="checkbox"/> Neuraltherapie | 20€ |
| <input type="checkbox"/> Tauchtauglichkeitsuntersuchung bis 40 J. | 115€ |
| <input type="checkbox"/> Tauchtauglichkeitsuntersuchung ab 40 J. | 160€ |
| <input type="checkbox"/> Sportsbootführerschein | 85€ |
| <input type="checkbox"/> Beratung zu Reiseimpfungen je nach Zeitaufwand | 40€ – 120€ |
| <input type="checkbox"/> Fahrtauglichkeitsprüfung | 115 |

Hausärzte im Zentrum

Fachärzte für Allgemeinmedizin



Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte(n) Leistung(en) nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse gehören und dass die Liquidation für die Leistung(en) auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt.

Im Rahmen der Beratung/Behandlung werden in diesem konkreten Fall voraussichtlich folgende Gebühren anfallen:

Rechnungssumme (Euro)

Nach der Behandlung/Beratung werden Sie eine Rechnung über die erbrachten Leistungen erhalten, in der diese aufgeführt und der Gebührensatz unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung festgelegt sind. Informieren Sie sich gern auch bei Ihrer Krankenkasse, welche Kosten eventuell übernommen werden können. Die Rechnung können Sie nach Bezahlung dort einreichen.

Weiterhin bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich umfassend über den Nutzen und die Risiken der Individuellen Gesundheitsleistung aufgeklärt worden bin.

.....
Datum, Unterschrift Patient/in

.....
Datum,Praxisstempel/Unterschrift Praxismitarbeiter/in

Dr. med. Markus Jaeger-Rosiny

Ottokar Klan

Dr. med. Maren Rosenthal-Pihl

angestellte Fachärzte: Sophie Kroiß, Johannes Wöhler

Marktstr. 4-6, 21423 Winsen, Tel. 04171-607060, Fax. 04171-6070666, email: kontakt@hiz-winsen.de