

Zusätzliche Gesundheitsleistungen im Überblick (IGeL)

	Kosten*
Intervall-Checkup	
Zusätzliche jährliche Gesundheitsuntersuchung außerhalb der vorgesehenen 3-Jahresfrist	
<input type="checkbox"/> Checkup einschl. Anamnese, körperl. Untersuchung, Beratung	58,99 €
<input type="checkbox"/> Ruhe-EKG mit Blutdruckmessung	26,54 €
<input type="checkbox"/> Blutentnahme für Laboruntersuchung	4,20 €
<input type="checkbox"/> Urinstreifentest	3,35 €
Sono-Check Bauchorgane	
<input type="checkbox"/> Beratung	10,72 €
<input type="checkbox"/> Sonographie erstes Bauchorgan	26,81 €
<input type="checkbox"/> Sonographie jedes weitere Bauchorgan	10,72 €
Sono-Check Schilddrüse	
<input type="checkbox"/> Beratung	10,72 €
<input type="checkbox"/> Sonographie Schilddrüse	28,15 €
Veganer- / Vegetarier-Checkup	
<input type="checkbox"/> Beratung	10,72 €
<input type="checkbox"/> Vollständige körperliche Untersuchung	21,45 €
<input type="checkbox"/> Blutentnahme für Laboruntersuchung	4,20 €
Laborwerte:	
<input type="checkbox"/> Blutbild	3,50 €
<input type="checkbox"/> Ferritin (Eisenspeicher)	14,57 €
<input type="checkbox"/> Vitamin B12	14,57 €
<input type="checkbox"/> Vitamin D-Spiegel im Blut	27,98 €
Weitere Leistungen / Einzelwerte**	
<input type="checkbox"/>	€
<input type="checkbox"/>	€
<input type="checkbox"/>	€

Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung (IGeL)

Ich wünsche durch Herrn Dr. med. Mathias Witzmann die privatärztliche Behandlung mit folgenden individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), für die eine Rechnungsstellung auf Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt.

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.

Name, Vorname

Straße, Nr., PLZ, Wohnort

Ort, Datum Unterschrift Patient

Ort, Datum Unterschrift Arzt

* Kosten entsprechen der aktuellen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

** Leistungen / Einzelwerte / weitere Laborwerte nach individueller Vereinbarung möglich.

Ihre Gesundheit ist unser Auftrag!

