Hausarztpraxis Isenacker
Dr. med. M. Hense
Dr. med. K. Hense
Dr. med. M. Kubitza

Partnerschaft

Telefon: 02921/13682
Telefax: 02921/17386
Home: www.drhense.de

Einverständniserklärung

Ich _____, geboren am _____, wohnhaft in _____
Name, Vorname Geburtsdatum Strasse, Ort

möchte in der Hausarztpraxis Isenacker (Partnerschaft) einen Vitamin-/Spurenelement-Check durchführen lassen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich eine Privatliquidation erhalten werde und wünsche die private Abrechnung folgender außervertraglicher Leistungen, die mir auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte wie folgt berechnet werden:

Gewünschte Leistung	Erkrankungen	Ziffer lt.GOÄ	Faktor	Gebühr	
Sonographie der Bauchorgane	Nierenschwäche	410	2,3	26,81 €	
		3x420	2,3	32,13 €	
		401	2,3	23,31 €	
Blutentnahme		250	1,8	4,20 €	
Kreatinin		3585H1	1,15	2,68 €	Sie erhalten eine separate Rechnung von unserem Labor
Harnstoff		3584H1	1,15	2,68 €	Sie erhalten eine separate Rechnung von unserem Labor
Glomeruläre Filtrationsrate		3595H1	1,15	2,68 €	Sie erhalten eine separate Rechnung von unserem Labor

Es entstehen Gesamtkosten von: **98,33 €,** aufgeteilt auf Hausarztpraxis Isenacker (82,25 €) und Labor Schottdorf (16,08€).

Es ist mir bekannt, dass diese Leistungen nicht zum Leistungskatalog meiner Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten von meiner Krankenversicherung auch nicht übernommen oder erstattet werden. Die Absprache dieser Vereinbarung erfolgte vor der Erbringung der Leistung.

Soest _____ _____ _____
Ort Datum Unterschrift Patient Unterschrift Arzt