



Hausarztpraxis Isenacker

Dr. med. M. Hense
 Dr. med. K. Hense
 Dr. med. M. Kubitza

Partnerschaft

Isenacker 12
 59494 Soest
 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 Schilddrüsen-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	Folge des Mangels	Ziffer lt.GOÄ	Faktor	Gebühr	
Sonographie der Schilddrüse	Schilddrüsenunter- oder -überfunktion	417; 401	2,3 2,3	28,15 € 23,31 €	
TSH	Ermüdung	4030	1,15	14,57 €	Sie erhalten eine separate Rechnung von unserem Labor
ft3	Herzrasen	4022.H4	1,15	14,57 €	Sie erhalten eine separate Rechnung von unserem Labor
ft4	Starkes Schwitzen	4023.H4	1,15	14,57 €	Sie erhalten eine separate Rechnung von unserem Labor

Es entstehen Gesamtkosten von: **95,15 €**, aufgeteilt auf Hausarztpraxis Isenacker (51,46 €) und Labor Schottdorf (43,71 €).

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 _____ Datum _____ Unterschrift Patient _____ Unterschrift Arzt _____