Hausarztpraxis Isenacker

Dr. med. M. Hense
Arzt für Allgemeinmedizin
Sportmedizin / Hausarzt
Dr. med. K. Hense
Ärztin für Innere Medizin
Hausärztliche Versorgung
Dr. med. M. Kubitza

Ärztin für Innere Medizin
Hausärztliche Versorgung

Partnerschaft

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	Folge des Mangels	Ziffer lt.GOÄ	Faktor	Gebühr	
Eisen, Transferrin, Transferrinsättigung	Eisenmangel, Blutbildung	3620; 3575	1,15	8,16 €	
Vitamin D	Ermüdung, Osteoporose	4138	1,15	32,17 €	
Folsäure	Blutbildung	4140	1,15	16,76 €	Sie erhalten eine separate Rechnung von unserem Labor
Zink	Wundheilung, Haut, Haare	4135	1,15	5,25 €	Sie erhalten eine separate Rechnung von unserem Labor
Vitamin B12	Blutbildungs- und Nervenstörung	4140	1,15	16,76 €	Sie erhalten eine separate Rechnung von unserem Labor

Es entstehen Gesamtkosten von**: 79,10 €,** aufgeteilt auf Hausarztpraxis Isenacker **(40,33 €)** und Labor Schottdorf (38,77 €).

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