

Hausarztpraxis

Dr. med. Florian Buchauer

Constanze Abe

Fachärzte für Allgemeinmedizin

Sparkassenplatz 1 • 83278 Traunstein • Telefon: 0861 - 4498 • Fax: 0861 - 12053

Email: info@hausarzt-traunstein.de



Vereinbarungen über individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Beratungs-, Vorsorge- und Therapieangebote unserer Praxis

(IGeL sind keine Leistungen Ihrer gesetzlichen Krankenkasse)

Name _____ Vorname _____

Geb. _____

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Ultraschall Bauchorgane „Organ-Check“ | 30,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Ultraschall Schilddrüse | 20,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Ultraschall Halsschlagader bds. | 20,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> kleiner „Herz-Check“ | 25,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> großer „Herz-Check“ | 40,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> „Lungen-Check“ | 45,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Vitamin-Aufbaukur über 2 Monate (zzgl. Medikamentenkosten) | 25,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Streptokokken-Schnelltest | 5,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Patientenverfügung | 25,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Injektionstherapie p. Sitzung (zzgl. Medikamentenkosten) | 5,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Vitamin D – Bestimmung (zzgl. 18,65 Euro Laborkosten) | 5,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Kinesio-Tape (je nach Aufwand) | ab 5,00 Euro |
| | bis 40,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Aderlass | 10,00 Euro |

Ich möchte die oben markierten außervertraglichen Leistungen, die mir auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden, in Anspruch nehmen. Ich bestätige, dass ich den Betrag nach Erhalt der Rechnung überweisen werde. Mir ist bewusst, dass eine Kostenübernahme durch meine Krankenkasse nicht möglich ist.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Hausarztpraxis

Dr. med. Florian Buchauer

Constanze Abe

Fachärzte für Allgemeinmedizin

Sparkassenplatz 1 • 83278 Traunstein • Telefon: 0861 - 4498 • Fax: 0861 - 12053

Email: info@hausarzt-traunstein.de



Name _____

Vorname _____

Geb. _____

- | | | |
|--|------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Reiseberatung | | 20,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Reiseimpfung einfach | | 5,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Zusatzinjektion bei Parallelimpfung | | 3,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Bescheinigungen/Atteste nach Aufwand | ab | 5,00 Euro |
| | bis | 65,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Medizinische Untersuchung inkl. Attest | | 35,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Führerscheinuntersuchung (z. B. LKW) | | 50,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> inkl. Beratung, Urin, Untersuchung, zzgl. Laborkosten | | |
| <input type="checkbox"/> Tauchtauglichkeitsuntersuchung
inkl. eingehende Untersuchung, Lungenfunktion, Attest, EKG) | | 80,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Tauchtauglichkeitsuntersuchung mit Belastungs-EKG | | 100,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur (je Sitzung inkl. Material) | | 40,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Hypnosesitzung (z. B. Nichtraucherhypnose) | | 100,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Audiometrie (Hörprüfung) | | 5,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Infrarotkabine 30 min. | | 10,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Massageliege 30 min. | | 10,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Polygraphie (Schlafdiagnostik) | | 50,00 Euro |

Ich möchte die oben markierten außervertraglichen Leistungen, die mir auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden, in Anspruch nehmen. Ich bestätige, dass ich den Betrag nach Erhalt der Rechnung überweisen werde. Mir ist bewusst, dass eine Kostenübernahme durch meine Krankenkasse nicht möglich ist.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift