

F Manuelle Therapie**Erklärung über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen (IGEL)****Patientendaten**

Vorname, Nachname:			
Geburtstag:			
Straße, Hausnummer:			
PLZ, Ort		Telefon:	
Zu behandelnde Körperregion/en:		sportlich:	ja ☐ ; min./ Wo _____ nein ☐
		E-Mail:	

Ich wünsche die Durchführung der folgenden individuellen Gesundheitsleistungen:

Beratung (Z1, Z3):	ja ☐	nein ☐
Untersuchung Stütz- und Bewegungsorgane (Z7)	ja ☐	nein ☐
Massage/Lymphdrainage (Z523):	ja ☐	nein ☐
Dehnung von Muskeln (Z506/507):	ja ☐	nein ☐
Übungsbehandlung zur Eigenübung (Z510)	ja ☐	nein ☐
Kinesiotape (Z206/207)	ja ☐	nein ☐

Die o.g. Leistungen sind keine Regelleistungen der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung. Ein Erstattungsanspruch besteht nicht. Daher sind die anfallenden Kosten hierfür selbst zu tragen. Eine eventuelle Kostenerstattung durch Krankenversicherungen oder Arbeitgeber ist unabhängig hiervon selbst zu klären.

Nachfolgend erkläre ich mich mit der Erstattung der anfallenden Kosten gemäß GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) einverstanden.

Leistung	Faktor	GOÄ	€
Kurze Beratung; auch mittels Fernsprecher:	2,3	Z1	10,72
Ausführliche Beratung, auch Tel.(>10 /20Min):	2,3/3,5	Z3	20,11/30,60€
Massage im extra-muskulären Bereich, Lymphdrainage:	2,5	Z523	9,47€
Krankengymnastische Ganzbehandlung (Muskeln)	2,5	Z506	17,48 €
Krankengymnastische Teilbehandlung (Muskel)	2,5	Z507	11,65 €
Übungsbehandlung (Demo)	2,5	Z510	10,20 €
Tape klein	2,3	Z206	14,28€
Tape groß	2,3	Z207	20,40€
Körperliche Untersuchung:	2,3/3,5	Z7	21,45/32,64€
Besuch, inkl. Beratung, symptombezogene Untersuchung:	2,3	Z50	42,90

Diese Leistungen sind umsatzsteuerfrei nach §4 Nr. 14 UstG

Frühere Befunde über Stütz- und Bewegungsorgane werde ich zum Termin **mitbringen**.

Datum

Unterschrift zahlungspflichtiger Patienten