

**F Check up mit Labor****Erklärung über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen (IGEL)****Patientendaten**

|                     |                                                                     |            |                                                                            |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Vorname, Nachname:  |                                                                     |            |                                                                            |
| Geburtstag:         |                                                                     |            |                                                                            |
| Straße, Hausnummer: |                                                                     |            |                                                                            |
| PLZ, Ort            |                                                                     | Telefon:   |                                                                            |
| Ernährungsform:     | vegetarisch <input type="checkbox"/> vegan <input type="checkbox"/> | sportlich: | ja <input type="checkbox"/> ; min./ Wo _____ nein <input type="checkbox"/> |
| Sonstige:           |                                                                     | E-Mail:    |                                                                            |

**Ich wünsche die Durchführung der folgenden individuellen Gesundheitsleistungen:**

|                              |                             |                               |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Ernährungsberatung (Z1, Z3): | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Blutabnahmen (Z250):         | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Erweiterter Check up (Z29):  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Mangelbericht (Z75)          | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Die Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchung Check up ist zwischen dem 18+34 Lebensjahr einmalig, durch den Kostenträger, möglich, ab dem 35 Lebensjahr alle 3 Jahre. Dieser Check up beinhaltet lediglich folgende Untersuchungen: Blutzucker, Cholesterin, Triglyceride, Urinuntersuchung und körperliche Untersuchung.

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.

Die **zusätzlich anfallenden Kosten der Labore** werden gesondert nach den aktuellen Laborpreisen berechnet.

| Leistung                                                  | Faktor | GOÄ  | €      |
|-----------------------------------------------------------|--------|------|--------|
| Kurze Beratung; auch mittels Fernsprecher:                | 2,3    | Z1   | 10,72  |
| Ausführliche Beratung, auch Tel.(>10 Min):                | 2,3    | Z3   | 20,11€ |
| Längere Beratung, auch Tel (>20 Min):                     | 3,5    | Z3   | 30,60€ |
| Je Blutentnahme:                                          | 1,8    | Z250 | 4,20€  |
| Aufwendige Blutentnahme                                   | 2,5    | Z250 | 5,83€  |
| Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung v. Krankheiten: | 2,3    | Z29  | 58,99€ |
| Besuch, inkl. Beratung, symptombezogene Untersuchung:     | 2,3    | Z50  | 42,90  |
| schriftlicher Krankheits- und Befundbericht               | 2,3    | Z75  | 17,43€ |

Diese Leistungen sind umsatzsteuerfrei nach §4 Nr. 14 UstG

Befunde von ggf. früheren Laboruntersuchungen werde ich zum Termin **mitbringen**.

---

Datum

---

Unterschrift zahlungspflichtiger Patienten