

F Ärztlicher Befund für den Sport Erklärung über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen (IGEL)

Patientendaten

Vorname, Nachname:			
Geburtstag:			
Straße, Hausnummer:			
PLZ, Ort:		Telefon:	
Risikofaktoren	Raucher: ja <input type="checkbox"/> ; __ Anzahl nein <input type="checkbox"/>	sportlich: h:	ja <input type="checkbox"/> ; min. Einheiten/ Wo _____ nein <input type="checkbox"/>
	Alkohol: tägl. <input type="checkbox"/> 2x/W <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	E-Mail:	

Ich wünsche die Durchführung der folgenden individuellen Gesundheitsleistungen:

- Beratung (Z1, Z3) & Ganzkörperstatus (Z8) & Bericht (Z75): ja
- Ruhe-EKG, mind. 9 Ableitungen (Z651) ja nein
- Spirometrie/Lungen-Funktionstest (Z605) ja nein
- Laboruntersuchung (Z250) ja nein
- Zusätzliche Reise- & Impfberatung (📄) 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.

Ggf. **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€
Ganzkörperuntersuchung:	2,3	Z8	34,86€
Befundbericht:	2,3	Z75	17,43€
EKG:	2,3	Z651	26,54€
Spirometrie	2,3	Z605	25,39€
Blutentnahme:	2,5	Z250	5,83€

Diese Leistungen sind umsatzsteuerbefreit nach §4 Nr. 14 UstG

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

Datum _____

Unterschrift zahlungspflichtiger Patienten _____