

HONORARVEREINBARUNG - SPEICHELTEST ZUR HORMONBESTIMMUNG

Vertrag über Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL / Selbstzahlerleistungen)

PATIENTENDATEN

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Krankenversicherung: _____

VEREINBARTE KOSTEN UND LEISTUNGEN

Speicheltest zur Hormonbestimmung: Cortisol, Progesteron, Estradiol, Estriol, DHEA, Testosteron

	BETRAG
Speicheltest (nach ärztlicher Anordnung)	127,00 €
Versandkostenpauschale gemäß GOÄ Nr.88	5,60 €
Gesamtkosten	132,60 €

	BETRAG
Anamneseerhebung, Befunderläuterung und Therapiebesprechung	bis zu 50€
Telefon-Beratung, Email-Beratung	20 €
Folgeverordnung	10 €
Vitamin D-Bestimmung im Blut	33 €

HINWEIS ZUR KOSTENÜBERNAHME

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass bestimmte ärztliche Leistungen nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen sind.

Diese sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) dürfen nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden und sind daher von Ihnen privat zu bezahlen.

Selbstverständlich stellen wir Ihnen keine Leistungen in Rechnung, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähig sind.

ERKLÄRUNG PATIENT/IN

Ich bestätige hiermit, dass ich die oben genannten Leistungen auf eigenen Wunsch in Anspruch nehmen möchte.

Ich erkläre mich einverstanden, die Gesamtkosten für den Speicheltest in Höhe von 132,60€ sowie alle weiteren individuell anfallenden Kosten selbst zu tragen, da diese Leistungen nicht oder nur teilweise von gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen erstattet werden.

Ich bin darüber informiert, dass die Abrechnung gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt und die Versandkostenpauschale nach GOÄ Nr. 88 berechnet wird.

Ort / Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____

Rechtlicher Hinweis:

Diese Vereinbarung entspricht den Vorgaben der Bundesärztekammer zu individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL).

Sie dient der Kostentransparenz und der rechtlichen Absicherung für beide Vertragsparteien.