

Vereinbarung über die Inanspruchnahme einer individuellen Gesundheitsleistung (IGeL)

Hiermit erkläre ich,

Vorname, Name; Geb.-Datum

Adresse

dass:

- mich mein Arzt persönlich über die Leistung aufgeklärt hat.
- ich von meinem Arzt darüber aufgeklärt wurde, dass IGeL- Leistungen nicht im Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind, die Kosten deshalb nicht (auch nicht teilweise) von dieser erstattet werden und ich die Leistung selbst bezahlen muss.
- ich die IGeL-Leistung als private Behandlung, die auf Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet wird, in Anspruch nehmen möchte.

Nachfolgende individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) wünsche ich:

Bitte durch Ankreuzen auswählen

- ABI-Messung mit PWV-Messung 25,82 €** (GOÄ-Ziffern 643, Periphere Arteriendruck- und/oder Strömungsmessung, 637, Pulswellenlaufzeitbestimmung, Faktor 1,0)
- Ultraschall der hirnversorgenden Arterien mit Intima-Media Messung 58,97 €** (GOÄ-Ziffern 410, Ultraschalluntersuchung eines Organs (Carotis li.) - 420x3, Ultraschalluntersuchung von bis zu 3 weiteren Organen, je Organ (Carotis re., Vertebralis li., Vertebralis re.), Faktor 2,3)
- Ultraschall der Bauchorgane 48,25 €** (GOÄ-Ziffern 410, Ultraschalluntersuchung eines Organs (Leber, Gallenblase) - 420x3, Ultraschalluntersuchung von bis zu 3 weiteren Organen, je Organ (Bauchspeicheldrüse, Aorta, Milz, Niere re., Niere li., Harnblase), Faktor 2,3, erhöhter Aufwand wegen Untersuchung von mind. 7 Organen)
- Ultraschall der Schilddrüse 28,15 €** (GOÄ-Ziffer 417, Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse, Faktor 2,3)
- Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) 67,03€** (GOÄ-Ziffern 424,Zweidimensionale Doppler Echokardiographie, ggf. 404 Zuschlag bei zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse, ggf. 410 Ultraschalluntersuchung eines Organs (A. ascendens) Faktor 1,0)
- Sportmedizinische Untersuchung Basis 87,86€** (GOÄ-Ziffern 8, Ganzkörperstatus Faktor 1,0; 652, Elektrokardiographische Untersuchung unter fortschreibender Registrierung (mindestens 9 Ableitungen) in Ruhe und bei physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung (Ergometrie), Faktor 2,3; 3, 70Beratung und Bericht, Faktor 1,0)
- Sportmedizinische Untersuchung Premium 150,93€** (Sportmedizinische Untersuchung Basis, GOÄ Ziffer 605 Lungenfunktionsprüfung, Faktor 1,0, Ultraschall des Herzens 424 Faktor 1,0)
- Laktat-Leistungsdiagnostik 77,15€** (Voraussetzung Sportmedizinische Untersuchung Basis oder Premium, GOÄ-Ziffern 3781 (5x) Laktattest am Ergometer, 70+3 Bericht inklusive Trainingsberatung)

- Tauchtauglichkeitsuntersuchung für unter 40-jährige 65,00 € (GOÄ-Ziffern 3, Anamnese, 8 Ganzkörperstatus, 605, Lungenfunktionsprüfung, 650 EKG in Ruhe, 70 Bescheinigung, Faktor 1,0)
- Tauchtauglichkeitsuntersuchung für über 40-jährige 97,16 € ((GOÄ-Ziffern 3, Anamnese, 8 Ganzkörperstatus, 605, Lungenfunktionsprüfung, 70 Bescheinigung, Faktor 1,0; 652, Elektrokardiographische Untersuchung unter fortschreibender Registrierung (mindestens 9 Ableitungen) in Ruhe und bei physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung (Ergometrie), Faktor 1,8)
- Kinesiotape einfach 13,41€ (GOÄ-Ziffer 207, Faktor 2,3)
- Kinesiotape komplex 20,40€ (GOÄ-Ziffer 207, Faktor 3,5)

Laborleistungen:

- Kleines Blutbild 4,02€ (GOÄ-Ziffer 3550, Faktor 1,15)
- Leberwerte 13,40 € (GOÄ-Ziffern 3592, 3594, 3595, 3587,3581 yGT, GOT, GPT, AP, Bilirubin, Faktor 1,15)
- Cholesterin und Fette 8,04 € (GOÄ-Ziffern 3561, 3564, 3565 HDL-, LDL-Cholesterin, Triglyceride, Faktor 1,15)
- Nierenwerte 5,36 € (GOÄ-Ziffern 3585, 3584, Kreatinin, Harnstoff, Faktor 1,15)
- Harnsäure 2,68 € (GOÄ-Ziffern 3583, Faktor 1,15)

Bestätigung Patient:in

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich von der Ärztin / dem Arzt umfassend über den Nutzen und die Risiken der individuellen Gesundheitsleistung aufgeklärt worden bin und wünsche die vorstehenden Leistungen ausdrücklich. Mir wurde dazu ausreichend Bedenkzeit eingeräumt. Ich bestätige hiermit, dass ich die Vereinbarung auf eigenen Wunsch abschließe. Auch bestätige ich mit meiner Unterschrift eine Kopie dieser Vereinbarung erhalten zu haben.

Datum Unterschrift des gesetzlich Versicherten

Bestätigung des Vertragsarztes

Ich bestätige hiermit, dass ich den/die vorgenannten Patienten:in in ausreichendem Maße über die Durchführung der Leistung und über die ihr/ihm entstehenden Kosten aufgeklärt habe.

Datum Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes