

Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung

Ich

Name

Vorname

Geburtsdatum

wünsche die Durchführung der folgenden individuellen Gesundheitsleistungen, für die eine medizinische Indikation oder Abrechnung im Sinne und zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen nicht vorliegt.

Mir ist bekannt, dass ich die genannten folgenden Leistungen privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu zahlen habe, da diese Leistungen nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen gehören. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenbeteiligung habe.

Mir ist bekannt, dass auch einige Privatversicherungen nicht alle diese Leistungen tragen und ich selber eine individuelle Kostenübernahme klären muss. Ich verpflichte mich, alle in Anspruch genommenen Leistungen, in diesem Fall selbst zu tragen.

Im Rahmen der ärztlichen Beratung/ Behandlung können folgende Gebühren gemäß GOÄ anfallen:

Leistung	GOÄ-Ziffer	Faktor	Preis in €
ärztliche Beratung bis zu 10 min	1	2,3	10,72
ärztliche Beratung bis zu 20 min	3	2,3	20,11
ärztliche Beratung bis zu 30 min	3	3,5	30,60
ausführliche Beratung bei speziellen Gesundheitsrisiken	34	2,3	40,22
Ganzkörperuntersuchung	8	2,3	34,86
Lungenfunktionsprüfung	605	2,3	25,39
Lungenfunktionsprüfung Flussvolumenkurve	605a	2,3	14,69
Belastungs-EKG	652	2,3	59,66
Bescheinigung	70	2,3	5,36

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift