

Untersuchung für Fahrerlaubnis

GOÄ-Nr.	Kurzlegende	1fach (€)	Steigerung	€	
8	Ganzkörperstatus	15,16	2,3	34,86	
651	Ruhe-EKG	14,75	1,8	26,54	ab 50 J. + bei Vorerkrankungen
250	Blutentnahme	2,33	1,8	4,20	
3560	Glukose	2,33	1,15	2,68	
3550	Blutbild	3,50	1,15	4,02	
3585.H1	Kreatinin	2,33	1,15	2,68	
3652	Urinteststreifen	2,04	1,15	2,35	
75	Bescheinigung	7,58	1,32	10,-	

Patienten-Erklärung inklusive Honorarvereinbarung

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

Ich möchte die in der Tabelle aufgeführten Leistungen gemäß GOÄ in Anspruch nehmen:

€ 60,79 / € 87,33

Es ist mir bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Dennoch wünsche ich die oben aufgeführten Leistungen.

Ich weiß, dass die Untersuchung nicht erstattungsfähig ist und dass der oben genannte Betrag von mir selbst zu tragen ist.

B.-Baden,

Ort, Datum

Unterschrift: Patient/in

Unterschrift: Ärztin/Arzt