

Name:	Geburtsdatum:
--------------	----------------------

Unten genannte ärztliche Leistungen stellen keine kurativen Leistungen im Sinne des SGB V dar und sind somit auch keine üblichen Kassenleistungen. Es handelt sich um sog. **IGeL-Leistungen**, welche nach der GOÄ bzw. analog der GOÄ (1,0 - 2,3facher Satz) und den ggf. apothekenüblichen Sachkosten berechnet werden:

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Kurze Bescheinigung (70) | 5,00 € |
| <input type="checkbox"/> Bescheinigung/Attest (70a) | 10,00 € |
| <input type="checkbox"/> Befundbericht (75) | 15,00 € |
| <input type="checkbox"/> Befundbericht, aufwendig (75a) | 25,00 € |
| <input type="checkbox"/> Gutachtliche Äußerung, einfach (80) | 40,00 € |
| <input type="checkbox"/> Gutachtliche Äußerung, aufwendig (85) | 65,00 € |
| <input type="checkbox"/> Gutachtliche Äußerung, sehr aufwendig (85a) | 100,00 € |
| <input type="checkbox"/> Porto-/Versandgebühren | € |
| <input type="checkbox"/> Schreibgebühr, je Seite | x3,50 € |
| <input type="checkbox"/> Kopie/Fax | x0,25 € |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Präventive Gesundheitsuntersuchung (BAPRO) | 160,00 € |
| <input type="checkbox"/> dito. mit Ergometrie | 175,00 € |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Tauchsportuntersuchung (Schnorcheln) | 30,00 € |
| <input type="checkbox"/> Tauchsportuntersuchung (Gerätetauchen) | 90,00 € |
| <input type="checkbox"/> Tauchsportuntersuchung (G31 ohne Rö-Thorax) | 140,00 € |
| <input type="checkbox"/> Tauchsportuntersuchung (G31 mit Rö-Thorax) | 160,00 € |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Untersuchung nach IfSG §43 | 75,00 € |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Tropenmedizinische Untersuchung mit Beratung | 50,00 € |
| <input type="checkbox"/> Einfacher Sehtest FeV §12 (PKW) | 25,00 € |
| <input type="checkbox"/> Untersuchung nach G25 | 70,00 € |
| <input type="checkbox"/> Untersuchung nach FeV C(LKW)/D(Bus)/PBF, < 50 J. | 160,00 € |
| <input type="checkbox"/> Untersuchung nach FeV C(LKW)/D(Bus)/PBF, > 50 J. | 175,00 € |

<input type="checkbox"/> Gesamtbetrag	€
--	----------

- bar erhalten am** _____
- mittels LSV von meinem Konto bei

Bank	BIC	IBAN
<input type="checkbox"/> mittels Überweisung auf Apotheker-Ärztbank Neustadt innert 7 Tagen		
BIC DAAEDEDXXX – IBAN DE78 3006 0601 0302 0574 33		

Landau, den	Unterschrift Patient	Stempel/Unterschrift Praxis
-------------	----------------------	-----------------------------