

Wolfsburg, den

**Erklärung
über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen**

Ich, _____
(Vorname, Nachname)

wünsche bei meinem Kind: **geb.:**

wohnhaft
die Durchführung der folgenden individuellen Gesundheitsleistungen in der angegebenen Höhe von voraussichtlich (☒):

	Leistung	GOÄ-Nummer* Faktor	EUR
<input type="checkbox"/>	einfache Gesundheitschreibung; Bonusheft, jede schriftliche Bestätigung des Arztbesuches, Freistellung von Sport/Schwimmen/Schule	70 \$1,287	3,00
<input type="checkbox"/>	Bescheinigung ohne ärztliche Untersuchung	70 \$2,146	5,00
<input type="checkbox"/>	kleine Reiseberatung	1 \$3.5(2)-75 \$1,145	25,00
<input type="checkbox"/>	große Reiseberatung	1 \$3.5(2)-75 \$1,805	30,00
<input type="checkbox"/>	Reise-/Wunschimpfung i.m./oral einfach <4 Jahre	375 \$2.3-0k1-1 \$1.564	25,00
<input type="checkbox"/>	Reise-/Wunschimpfung i.m./oral einfach > 4 Jahre	375 \$2.3-5 \$1,5-1 \$1.564	25,00
<input type="checkbox"/>	2x gleichzeitige Reiseimpfungen i.m./s.c.	375 \$2.3-377 \$2,3-5 \$2,071-1 \$1,699	35,00
<input type="checkbox"/>	orale Impfung	376 \$2.3-5 \$1,5-1 \$1.564	25,00
<input type="checkbox"/>	nasale Impfung	375A \$2.3-5 \$1,5-1 \$1.564	25,00
<input type="checkbox"/>	2 i.m./s.c. + 1x oral	1 \$2,117-5 \$1,5-375 \$2,3-376 \$2,3-377 \$2,3	45,00
<input type="checkbox"/>	kleines ärztliches Gutachten/Kita-Eingangsuntersuchung	5 \$2,145-70 \$2,146	15,00
<input type="checkbox"/>	kurzer Bericht	75 1,32	10,00
<input type="checkbox"/>	langer Bericht (mit Verlauf, Einschätzung/Bewertung)	75 \$1,98	15,00
<input type="checkbox"/>	ärztlicher Befundbericht	75 \$2,3-95 \$2,164	25,00
<input type="checkbox"/>	Schnelltest Auf Streptokokkus A ab 16. Jahre	4500 \$1,272-298 \$2,3	15,00
<input type="checkbox"/>	einfache Sporttauglichkeitsuntersuchung/Attest	8 \$1.32-70 \$2,146	25,00
<input type="checkbox"/>	große Sportuntersuchung (+Lungenfunktion/EKG/Attest)	1 \$2,3-8 \$2,3-651 \$1,163-605-605a-70 \$2,146	90,00
<input type="checkbox"/>	Sonographie eines Organsystems mit mind. 3 Organen	410 \$ 2,232-420x3 \$1,0	40,00
<input type="checkbox"/>	Zweitausstellung Impfausweis oder U-Heft	keine GOÄ-Leistung	10,00
<input type="checkbox"/>	Beratung-Untersuchung-Attest	1 \$1,76-7 \$1,8-70 \$2,146	30,00
<input type="checkbox"/>	Beratung ab 10 min	3 \$2,288	20,00
<input type="checkbox"/>	Beratung <10 min	1 \$2,145	10,00
<input type="checkbox"/>	Beratung +Attest	1 \$2,145-70 \$2,146	15,00
<input type="checkbox"/>	Zusätzliche Vorsorge /IGEL/versäumte Vorsorge	26 \$2,288	60,00
<input type="checkbox"/>	Auslandsuntersuchung (mit Urin/Hörtest/Sehtest -ohne 82,58€)	1 \$2,3-8 \$2,088-80 \$2,3-3511 \$1,0-1216 \$1,0-1403 \$1,0	100,00

Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschten ärztlichen Leistungen nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehören und dass die Liquidation für diese Leistungen auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt.

Die erhaltene Rechnung ist von mir sofort in der Praxis oder nach Rechnungstellung über ARCO zu bezahlen. Ich habe gegenüber meiner Krankenkasse auch **keinen Anspruch** auf (vollständige oder teilweise) Kostenerstattung.

(Datum)

(Unterschrift)