



Patientenerklärung – Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen

Gelbfieberimpfung

Persönliche Erklärung des Patienten/der Patientin:

Ich, Name _____
Vorname _____
Straße _____ Nr. _____
PLZ _____ Ort _____
Tel _____
Reiseland _____

wünsche die private Behandlung folgender außervertraglicher Leistung(en), die mir auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wie nachfolgend berechnet wird/werden:

Leistung Ziffer x Faktor(orientiert sich am tatsächlichen Aufwand)= Betrag

GOÄ 1 (4,66€) Beratung **bis 10 min** 10,72 € (2,3fach)
bis 3,5fach

GOÄ 3 (8,74€) Beratung **länger als 10 min** 20,10 € (2,3fach)
bis 3,5-fach

Impfung

GOÄ 375 (4,66€) erste Impfung 16,32 € (3,5fach)

exklusive Impfstoff

Untersuchungen auf Impffähigkeit(nach Grunderkrankung variierend):

GOÄ 5 (4,66€) symptombezogene Untersuchung 10,72 € (2,3fach)

GOÄ 7 (9,33€) Vollständige Untersuchung eines
Organsystems 21,46 € (2,3fach)

GOÄ 8 (15,15€) Ganzkörperstatus 34,86 € (2,3fach)

(Im Regelfall können wir durch Großpackungen hier die Kosten für Sie reduzieren. Manchmal sind auch wir durch Lieferengpässe gezwungen, Einzelimpfstoffe zu beziehen oder mit internationalen Apotheken zu arbeiten, da der Markt sonst keine Impfstoffe liefert.)

Es ist mir bekannt, dass diese Leistung(en) nicht zum Leistungsumfang meiner Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten von ihr eventuell nicht übernommen oder erstattet werden.

Ort: Kaiserslautern, den

Praxisstempel

Unterschrift Ärztin _____

Unterschrift Patient(in) _____

Ein Exemplar dieser Vereinbarung wurde mir angeboten.