



Stammpraxis

Tegernseer Str. 1
83607 Holzkirchen
Tel. (0 80 24) 53 11
Fax (0 80 24) 78 68

Filialpraxis

Tegernseer Str. 100
83700 Rottach-Egern
Tel. (0 80 22) 7066 -0

Sprechzeiten

Mo 8 - 12 Uhr 16 - 18 Uhr
Di 8 - 12 Uhr
Mi 8 - 12 Uhr 16 - 18 Uhr
Do 7 - 11 Uhr 17 - 20 Uhr
Fr 8 - 12 Uhr

und nach Vereinbarung

Die Sprechzeiten am Donnerstag von
7 - 8 und von 18 - 20 Uhr sind bevorzugt
für die berufstätigen Patienten reserviert.

Gebührenverzeichnis nach GOÄ* für Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

HERZ-KREISLAUF-CHECK

Individuelle Gesundheitsleistungen	EUR
<input type="radio"/> Blutdruckmessung	**
<input type="radio"/> Körperliche Untersuchung	**
<input type="radio"/> Blutzucker	**
<input type="radio"/> oraler Glukosebelastungstest (versteckte Zuckerkrankheit?)	32,15
<input type="radio"/> HbA1c Langzeitzuckerwert (versteckte Zuckerkrankheit?)	11,66
<input type="radio"/> Blutfettwerte - Gesamtcholesterin	**
<input type="radio"/> Cholesterindifferenzierung („gutes und schlechtes“ Cholesterin)	4,66
<input type="radio"/> Triglyceride	2,33
<input type="radio"/> Ruhe-EKG	29,50
<input type="radio"/> Belastungs-EKG (Früherkennung eines drohenden Herzinfarkts)	40,69
<input type="radio"/> Spirographie (Messung der Lungenfunktion)	23,77
<input type="radio"/> Ultraschall-Doppleruntersuchung der peripheren Arterien (Beindurchblutung)	11,70
<input type="radio"/> Ultraschall-Farbduplexuntersuchung der Carotis (Halsschlagadern)	35,00

(Stand: Juni 2015)

Erklärung über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen

Ich, Vorname, Name:

wünsche die Durchführung der oben angekreuzten Individuellen Gesundheitsleistungen. Die Durchführung der Leistungen erfolgt auf meinen eigenen Wunsch und nach eingehender Aufklärung.

Die von mir gewünschten Leistungen sind nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Sie können nicht mit meiner gesetzlichen Krankenkasse abgerechnet werden; auch habe ich keinen Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse.

Die erbrachten Leistungen werden von meiner behandelnden Ärztin/meinem behandelnden Arzt privatärztlich zum 1,0-fachen Satz der GOÄ* liquidiert. Die Rechnung in Höhe von

EUR _____ bezahle ich selbst.

Datum

Unterschrift

* Gebührenordnung für Ärzte. GOÄ-Ziffern und Gebührensätze werden auf der Rechnung ausgewiesen.

** wird im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung von der Krankenkasse bezahlt