



#### 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)

# MÄNNERGESUNDHEIT

Individuelle Gesundheitsleistungen	EUR
<input type="checkbox"/> Testosteron** (zusammen mit dem Sexualhormon bindenden Globulin sinnvoll)	20,40
<input type="checkbox"/> Sexualhormon bindendes Globulin** (zusammen mit Testosteron sinnvoll)	20,40
<input type="checkbox"/> PSA (Laborwert für Prostatakrebs)**	17,49
<input type="checkbox"/> Blutfettwerte (komplett)	9,50
<input type="checkbox"/> Belastungs-EKG (Früherkennung eines drohenden Herzinfarkts)	40,69
<input type="checkbox"/> Spirographie (Messung der Lungenfunktion)	23,77
<input type="checkbox"/> Ultraschall-Doppleruntersuchung der peripheren Arterien (Beindurchblutung)	11,70
<input type="checkbox"/> Ultraschall-Farbduplexsonografie der Carotis (Halsschlagader)	35,00
<input type="checkbox"/> Ultraschall-Farbduplexuntersuchung der Carotisonografie der 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.

\*\* Rechnungstellung direkt durch das Labor