



Sehr geehrte Patienten,

einige Leistungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen nur teilweise oder nicht erstattet. Folgende Leistungen bieten wir Ihnen als Selbstzahlerleistungen an. Bei einigen Leistungen, wie z.B. Reiseimpfungen lohnt dennoch eine Anfrage bei Ihrer Krankenkasse, da viele Kassen Kosten für Reiseimpfungen etwa freiwillig unterstützen.

Serviceleistungen

- Atteste und Bescheinigungen (z.B. Reiserücktritt) je nach Aufwand (GOÄ Ziff. 70A/75) € 5,36 bzw. € 17,43

Selbstverfasste Atteste:

< 500 Zeichen: € 5,00, < 1000 Zeichen: € 10,00, < 1500 Zeichen: € 15,00,
< 2000 Zeichen: € 20,00, >2000 Zeichen: € 25,00

- Reisemedizinische Beratung: € 20,00

Zuzüglich je Reise-Impfung GOÄ Ziff. 375	=	€ 10,72
Parallelimpfung (gleichzeitige Impfung) GOÄ-Ziff. 377	=	€ 6,70
evtl. ärztliches Attest GOÄ Ziff. 70 A	=	€ 5,36
zusätzlich Impfstoffkosten		

Tauglichkeitsuntersuchungen

- Tauchtauglichkeitsuntersuchung
(für Alter < 40 Jahre): Anamnese, Ganzkörperuntersuchung, Lungenfunktion, Ruhe-EKG, Beratung, Urin, Attest € 76,00

- Tauchtauglichkeitsuntersuchung
(für Alter > 40 Jahre): wie oben, zuzüglich Belastungs-EKG € 88,00

Zuzüglich

Ggf. Labor: GOÄ-Ziff. 250	€ 2,33
GOÄ-Ziff. 3560 (Blutzucker)	€ 2,68
GOÄ-Ziff. 4030 (TSH)	€ 16,76
GOÄ-Ziff. 3550 (Blutbild)	€ 4,02

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis
Stefan Ambrosch
Georg Bergmaier
Dr. med. univ. Michael Haselsberger
Andreas Schaidler



Alte Saline 5
83435 Bad Reichenhall
Tel.: 08651-7685180
Fax.: 08651-76851815

Fahrtauglichkeitsuntersuchung
Anamnese, körperliche Untersuchung, Blutdruck, EKG, Urin, Blutzucker, Attest € 79,00

Aufbaukur

Aufbauspritzkur mit Multivitamin (Medivitan/B12/Vitamin C)

> z.B. 8 Injektionen Medivitan in den Muskel GOÄ-Ziff. 252 = € 42,88
+ Medikament ca. € 56,00

> Z.B. 8 Injektionen Medivitan in die Vene GOÄ-Ziff. 253 = € 75,04
+ Medikament ca. € 57,00
+ Verbrauchsmaterial (Butterfly) = € 5,12

> z.B. als Infusion:
zusätzlich: je Infusion: GOÄ- Ziff. 271 (Kurzinfusion) € 16,09
Verbrauchsmaterial: (NaCl 100 ml, Besteck, Butterfly) € 4,11
+ Medikament

Einverständniserklärung zum Behandlungsvertrag

Hiermit schließe ich einen Behandlungsvertrag für sogenannte individuelle Gesundheitsleistungen. Ich wünsche die angegebene Leistung. Über den Nutzen und ggf. Risiken wurde ich ausreichend aufgeklärt. Meine Krankenkasse erstattet diese Leistung nicht. Die Kosten der Behandlung werden mir in Rechnung gestellt.

Name:

Ort, Datum

Unterschrift