

Patientenerklärung

Inanspruchnahme von Individuellen Gesundheitsleistungen

Dr. med. Charlotte Kleen
Fachärztin für Neurologie und
Allgemeinmedizin
Schlafmedizin, spez. Schmerztherapie,
Akupunktur, Verkehrsmedizin,
Fachpraxis für Schlaf- und Telemedizin
Neustadtweg 14
26607 Aurich

Persönliche Erklärung des Patienten / der Patientin:

Ich, _____ (Name, Geb.-Datum)

_____ (Adresse)

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

Leistung	GOÄ-Ziffer	Gebührensatz	Honorar
„Am Anfang“ (Eingangsgespräch, auch ortsunabhängig = telemedizinisch)			
☐ 03. „S“ (10 Minuten max.)	3	3,431	30,00 €
☐ 04. „M“ (bis 30 Minuten)	29	3,119	80,00 €
☐ 07. „L“ (mind. 60 Minuten, inkl. Fragebogendiagnostik)	30	2,859	150,00 €
Alle ggf. zzgl. Eingangsuntersuchung (nach Absprache / vor Ort)			
☐ 01. Pulsoxymetrische Untersuchung	602	1,128	10,00 €
☐ 05. Körperliche Untersuchung eines Organsystems	7	3,216	30,00 €
☐ 08. POC Diagnostik (TSH, Ferritin)	4030; 3742	1,15; 1,15	33,52 €
☐ 09. POCT Diagnostik (Vitamin D, Procalcitonin)	4138; 4062	1,072; 1,072	60,00 €
☐ 34. EKG	651	1,017	15,00 €
„Im Verlauf“ (weiterführende Untersuchungen)			
☐ 10. „M“ Häusliche PAD Schlaf-Diagnostik	602; 637; 827; 839; 857; 714; 75; Material	1,0; 1,0; 1,747; 2,0; 1,0; 1,0; 2,3	200,00 € zzgl. 89,01€ Materialkosten
☐ 11. „L“ Häusliche Schlaflaboruntersuchung (PSG as a service-System)	827; 1237; 653; 602; 605; 603; 839; 714; Material	2,3; 2,0; 1,53; 1,8; 1,8; 2,3; 2,3; 2,3	345,00 € zzgl. 398,09€ Materialkosten
☐ 35. Fragebogendiagnostik/-auswertung	857	2,218	15,00 €
Alle zzgl. Verlaufsgespräche (nach Komplexität)			
☐ 31. Erörterung lebensverändernde Erkrankung (z.B. Schlafapnoe)	34	3,431	60,00 €
ODER			
☐ 16. Verlaufsanamnese Schlafmedizin	31	3,431	90,00 €
„Zum Schluss“			
☐ 15. Attest / Diagnosenachweis „DiGa“	70	3,431	8,00 €
☐ 29. Fremdanamnese/Unterweisung einer Bezugsperson	4	3,119	40,00 €
☐ 32. Therapieplanung im Kurzformat	77	3,431	30,00 €
☐ 33. Ausführlicher Befundbericht	75	3,299	25,00 €
„Therapie“ (entsprechend Aufklärung / Vereinbarung im Erstgespräch)			
☐ 17. Verhaltenstherapie KVTI	870	3,431	150,00 €
☐ 18. Lichttherapie (30 Min.)	565	2,144	15,00 €
☐ 19. Körperakupunktur (in Serie 8x + 1-4)	269a	2,205	45,00 €
☐ 20. Ohrakupunktur NADA	269	2,144	25,00 €
☐ 21. Neurostimulation incl. Tiefenmassage (Brainlight-Konzept 20-40 Min.)	521; 567; 846	2,2; 1,8; 2,3	38,00 €

Patientenerklärung

Inanspruchnahme von Individuellen Gesundheitsleistungen

Leistung	GOÄ-Ziffer	Gebührensatz	Honorar
☐ 22. IHHT mit Hypoxietest, HRV ggf. (mind. 1x/Serie) zzgl. Sachkosten „iHHT Softmaske mit Luftkissen“	636; 602; 605; 505	1,8895; 1,8; 1,8; 1,8	92,00 € ggf. zzgl. 20,23 € Sachkosten
☐ 23. i.v.-Infusionsbehandlung (30 Min.)	272	1,906	20,00 €
☐ 24. Aromatherapie (20 Min.)	505	1,614	8,00 €
☐ 25. Angeleitete Atemübung mit Qiu-Ball	510	2,205	9,00 €
☐ 26. Elektrotherapie bei Migräne Cefaly prevent zur Prophylaxe als Kur täglich 20-60 Tage je 20 Min.	551	1,787; Material	5,00 € zzgl. 0,50€ Materialkosten
☐ 27. Elektrotherapie bei Migräne akut (REN by Nervio – im Bedarfsfall)	555	2,144	15,00 €
☐ 28. Elektrotherapie bei Migräne chronisch – ärztliche Leistung (Ozilia by Chordate, 1x wöchentlich über 6 Wochen initial, dann nur noch 1x/Quartal	839	1,225; Material	50,00 € zzgl. 545,50€ Materialkosten , danach 273,70€ Quartal
„Extra“ (auf Wunsch / nach Verfügbarkeit)			
☐ 06. Besuch, einschließlich Beratung und symptombbezogener Untersuchung	50	3,484	65,00 € ggf. zzgl. Wegegeld
☐ 12. Therapieeinstellung C-PAP / Therapie- kontrolle telemedizinisch	661	1,7805	55,00 €
☐ 13. Besuch in der „Villa Moorstern“	50	2,144	40,00 €
☐ 14. Erläuterung / Kontrolle „DiGa“	76; 1	2,045; 1,0	13,00 €
☐ 29. Fremdanamnese/Unterweisung einer Bezugsperson	4	3,119	40,00 €
☐ 30. Telekonsil	60	3,431	24,00 €

Die Gesamtkosten betragen: _____ €

☐ Ich wünsche keine Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL).

Die Leistungen sind als ärztliche Leistungen gemäß § 4 Nr. 14 Umsatzsteuer von der Umsatzsteuer befreit.

Die Durchführung obiger Leistungen erfolgt auf meinen eigenen Wunsch nach eingehender Aufklärung, auch darüber, dass diese Rechnung nicht bei der Krankenkasse zur Kostenerstattung eingereicht werden kann, da diese Leistung gemäß **§12 SGB V** außerhalb der GKV-Leistungspflicht liegt.

Die Kosten für oben aufgeführte Leistungen trage ich selbst. Diese Liquidation gilt zugleich als Behandlungsvertrag.

Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis zur Liquidation dieser Leistungen über die PVS. Die dazu erforderlichen Daten dürfen an diese weitergeleitet werden.

Ort/Datum

X

Unterschrift Patient

- ☐ Ich habe ein Exemplar der Vereinbarung erhalten.
☐ Ich wünsche kein Exemplar dieser Vereinbarung.

X

Stempel, Unterschrift Ärztin
Patientenerklärung

Unterschrift Patient