

# 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
<b>„Am Anfang“ (Eingangsgespräch, auch ortsunabhängig = telemedizinisch)</b>			
<input type="checkbox"/> 01. „S“ (10 Minuten max.)	3	3,431	30,00 €
<input type="checkbox"/> 02. „M“ (bis 30 Minuten)	29	3,119	80,00 €
<input type="checkbox"/> 03. „L“ (mind. 60 Minuten, inkl. Fragebogendiagnostik)	30	2,859	150,00 €
<b>Alle ggf. zzgl. Eingangsuntersuchung (nach Absprache / vor Ort)</b>			
<input type="checkbox"/> 04. Pulsoxymetrische Untersuchung	602	1,128	10,00 €
<input type="checkbox"/> 05. Körperliche Untersuchung eines Organsystems	7	3,216	30,00 €
<input type="checkbox"/> 06. POC Diagnostik (TSH, Ferritin)	4030; 3742	1,15; 1,15	33,52 €
<input type="checkbox"/> 07. POCT Diagnostik (Vitamin D, Procalcitonin)	4138; 4062	1,072; 1,072	60,00 €
<input type="checkbox"/> 08. EKG	651	1,017	15,00 €
<b>„Im Verlauf“ (weiterführende Untersuchungen)</b>			
<input type="checkbox"/> 09. „M“ Häusliche PAT 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. 186,83€ Materialkosten
<input type="checkbox"/> 10. „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
<input type="checkbox"/> 11. Digitale Demenzdiagnostik per App zzgl. Sachkostenanteil 120 Euro (Erstanwendung) und 80 Euro (Verlaufskontrolle)	76	3,68	15,00 € zzgl. 120,- € bzw. 80,- € Sachkosten
<input type="checkbox"/> 12. Fragebogendiagnostik/-auswertung	857	2,218	15,00 €
<b>Alle zzgl. Verlaufsgespräche (nach Komplexität)</b>			
<input type="checkbox"/> 13. Erörterung lebensverändernde Erkrankung (z.B. Schlafapnoe)	34	3,431	60,00 €
<b>ODER</b>			
<input type="checkbox"/> 14. Verlaufsanamnese Schlafmedizin	31	3,431	90,00 €
<b>„Zum Schluss“</b>			
<input type="checkbox"/> 15. Attest / Diagnosenachweis „DiGa“	70	3,431	8,00 €
<input type="checkbox"/> 16. Fremdanamnese/Unterweisung einer Bezugsperson	4	3,119	40,00 €
<input type="checkbox"/> 17. Therapieplanung im Kurzformat	77	3,431	30,00 €
<input type="checkbox"/> 18. Ausführlicher Befundbericht	75	3,299	25,00 €
<b>„Therapie“ (entsprechend Aufklärung / Vereinbarung im Erstgespräch)</b>			
<input type="checkbox"/> 19. Verhaltenstherapie KVTI	870	3,431	150,00 €
<input type="checkbox"/> 20. Lichttherapie (30 Min.)	565	2,144	15,00 €
<input type="checkbox"/> 21. Körperakupunktur (in Serie 8x + 1-4)	269a	2,205	45,00 €

# Patientenerklärung

Inanspruchnahme von Individuellen Gesundheitsleistungen

<input type="checkbox"/> 22. Ohrakupunktur NADA	269	2,144	25,00 €
<input type="checkbox"/> 23. Neurostimulation incl. Tiefenmassage (Brainlight-Konzept 20-40 Min.)	521; 567; 846	2,2; 1,8; 2,3	38,00 €
<b>Leistung</b>	<b>GOÄ-Ziffer</b>	<b>Gebührensatz</b>	<b>Honorar</b>
<input type="checkbox"/> 24. 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
<input type="checkbox"/> 25. i.v.-Infusionsbehandlung (30 Min.)	272	1,906	20,00 €
<input type="checkbox"/> 26. Aromatherapie (20 Min.)	505	1,614	8,00 €
<input type="checkbox"/> 27. Angeleitete Atemübung mit Qiu-Ball	510	2,205	9,00 €
<input type="checkbox"/> 28. 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
<input type="checkbox"/> 29. Elektrotherapie bei Migräne akut (REN by Nervio – im Bedarfsfall)	555	2,144	15,00 €

## „Extra“ (auf Wunsch / nach Verfügbarkeit)

<input type="checkbox"/> 30. Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung	50	3,484	65,00 € ggf. zzgl. Wegegeld
<input type="checkbox"/> 31. Therapieeinstellung C-PAP / Therapiekontrolle telemedizinisch	661	1,7805	55,00 €
<input type="checkbox"/> 32. Besuch in der „Villa Moorstern“	50	2,144	40,00 €
<input type="checkbox"/> 33. Erläuterung / Kontrolle „DiGa“	76; 1	2,045; 1,0	13,00 €
<input type="checkbox"/> 34. Fremdanamnese/Unterweisung einer Bezugsperson	4	3,119	40,00 €
<input type="checkbox"/> 35. 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 UStG 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.

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift Ärztin  
Patientenerklärung

**X**

Unterschrift Patient