

# Einverständniserklärung über privatärztliche Abrechnung

Zwischen

Patient Herrn/ Frau \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

und

Herrn Dr. med. R.-A. Scheffel

Reisemedizinische Beratung sowie alleine aus reisemedizinischen Gründen durchgeführte Diagnostik und Impfungen unterliegen nicht der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen und werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet.

Hiermit bestätige ich, darüber aufgeklärt worden zu sein, dass folgende Leistungen nicht über meine gesetzliche Krankenkasse, sondern direkt mit mir nach der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden. Auf der Grundlage der GOÄ erfolgt die Vergütungsvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 über die Höhe der Vergütung für die unten genannten Leistungen aus dem Leistungsverzeichnis der GOÄ zwischen dem Arzt und Patienten. Mir ist bekannt, dass eine Erstattung der Kosten auch von privaten Versicherungen/ Erstattungsstellen nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

GOÄ Nr.	Leistung	1-facher Satz	Steigerungsfaktor	Betrag
3	Ausführliche Reisemedizinische Beratung	8,74	5,73	50,-€
5	Symptombezogene Untersuchung	4,66	3,24	15,-€
375	1. Impfung	4,66	3,24	15,-€
377	2. Impfung	2,91	5,16	15,-€

Datum, Ort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patient

*Dr. med. R.-A. Scheffel*  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Chirotherapie, Sportmedizin,  
Reisemedizinische Beratung,  
Gelbfieberimpfstelle, Badearzt  
☎ 037437 / 3356  
08645 Bad Elster, Lindenstr. 6  
94 / 93426

\_\_\_\_\_  
Arzt