Patientenerklärung

Reisemedizin / Gelbfieberimpfung

Name _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Ich wünsche die private Behandlung folgender außervertraglicher Leistung(en), die mir auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet wird.

Reisemedizinischen Impfungen

GOÄ Ziff 1	x Faktor 2,14	Beratung	=>	10,00 €	**O**
GOÄ Ziff 3	x Faktor 2,29	reisemed. Beratung	=>	20,00 €	**O**
GOÄ Ziff 34	x Faktor 2,29	ausf. reisemed. Beratung	=>	40,00 €	**O**
GOÄ Ziff 5	x Faktor 2,14	Untersuchung	=>	10,00 €	**O**
GOÄ Ziff 375	x Faktor 2,14	Impfung	=>	10,00 €	**O**
GOÄ Ziff 377	x Faktor 2.23	2. Impfung am selben Tag	=>	6,50 €	**O**

Gelbfieberimpfung mindestens zwei Wochen vor Abreise

GOÄ Ziff 1	x Faktor 2,14	Beratung	=>	10,00 €	**O**
GOÄ Ziff 5	x Faktor 3,2	Untersuchung	=>	10,00 €	**O**
GOÄ Ziff 375	x Faktor 4,5	Impfung einschl. Zertifikat	=>	20,00 €	**O**
Gesamtkosten einer Gelbfieberimpfung			=>	**40,00 €**	

Es ist mir bekannt, dass diese Leistung(en) nicht zum Leistungsumfang meiner Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten von ihr eventuell auch nicht übernommen werden.

Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis zur Liquidation dieser Leistung**.**

Werne, den _____ _____

Unterschrift, bei Minderjährigen bitte Unterschrift des Erziehungsberechtigten