

Pat.Nr./Name/Geb.datum: _____

Gesundheits- Vorsorgeuntersuchung

Ihre gesetzliche Krankenversicherung bietet Ihnen ab dem 35. Lebensjahr alle 3 Jahre eine Gesundheits-Vorsorgeuntersuchung an. Diese beinhaltet eine körperliche Untersuchung, eine Urinuntersuchung sowie als Laboruntersuchung die Bestimmung des Blutzuckers und des Cholesterins. Weiterführende Untersuchungen, die aus ärztlicher Sicht sinnvoll wären sind nicht Bestandteil der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchung und müssen von Ihnen selbst bezahlt werden. Die Höhe der Kosten orientiert sich an der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Wir beraten Sie gern über die für Sie persönlich sinnvollen Ergänzungsuntersuchungen:

- Allgemeine Laboruntersuchung: 38 Euro**
(kl. Blutbild, HbA1c, γ GT, GPT, GOT, Bili ges, Krea, GFR, Harnsäure, Lipase)

Spezielle Laboruntersuchungen:

(hier erfolgt zusätzlich eine Rechnungsstellung an Sie über das von uns beauftragte Labor)

- | | | |
|--------------------------|----------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | CRP: | 11,66 Euro |
| <input type="checkbox"/> | TSH: | 14,57 Euro |
| <input type="checkbox"/> | Ferritin: | 14,57 Euro |
| <input type="checkbox"/> | Vitamin D-OH: | 21,43 Euro |
| <input type="checkbox"/> | Vitamin B 12: | 14,57 Euro |
| <input type="checkbox"/> | _____ | |
| <input type="checkbox"/> | _____ | |

- | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Ruhe-EKG: | 28 Euro |
| <input type="checkbox"/> | Sonographie des Bauchraumes: | 60 Euro |
| <input type="checkbox"/> | Lungenfunktionsdiagnostik: | 30 Euro |

Mir ist bekannt, dass ich die oben genannten Individuellen Gesundheitsleistungen privat zu bezahlen habe. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenbeteiligung habe.

Den Betrag zahle ich heute bar oder per EC-Karte.

Die vom externen Labor erhaltene zusätzliche Rechnung werde ich überweisen.

Hamburg, den _____

Unterschrift: _____