

Kostenübernahmeerklärung für eine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)

Erklärung des Patienten über die Inanspruchnahme von nicht in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommenen Gesundheitsleistungen

Ich, _____
 (Name, Vorname) (geboren am)

wünsche die Durchführung einer **Tauchtauglichkeitsuntersuchung**.

Mir ist bekannt, dass ich die Behandlungskosten in Höhe von derzeit _____ € zzgl. 2,33 € pro Laktatbestimmung privat nach dem jeweils gültigen Tarif der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) zu bezahlen habe, da diese Leistung nicht zum Leistungskatalog der Krankenversicherung gehört. Die Behandlungskosten setzen sich aus den einzeln erbrachten Leistungen zusammen, die aus dem u.a. Einzelnachweis zu ersehen sind.

Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse weder Anspruch auf Kostenerstattung noch Kostenbeteiligung habe.

() Bitte ankreuzen	GOÄ-Ziffer	Leistungsbeschreibung	Faktor	Betrag in €
	Leistungsdiagnostik			
	0001	Beratung < 10 Minuten	1,0	4,66
	0008	Untersuchung zur Erhebung d. Ganzkörperstatus	1,0	15,15
	0652	EKG unter Belastung (Ergometrie)	2,3	59,66
	0748 A	Magergewichtsbestimmung, entspricht Hautdrainage, gemäß § 6 GOÄ	1,445	6,40
	0070	Kurze Bescheinigung (Zeugnis, AU)	1,0	2,33
	Zwischensumme			88,20
	Lungenfunktion ohne Belastung mit Flussvolumenkurve			
()	0605	Spirographische Untersuchung	1,8	25,39
()	0605a	Flussvolumenkurve	1,5	12,24
	Zwischensumme			37,63
	Laboruntersuchungen			
()	0250	Blutentnahme	1,8	4,20
()	3711	BKS, BSG	1,150	2,68
()	3652	Urin-Streifentest	1,150	2,35
()	3653	Urinsediment-mikroskopisch	1,150	3,35
	Zwischensumme			
	Laktatbestimmungen			
	0077 A	Erstellung der Laktatleistungskurve und Ermittlung der Trainingsbereiche	2,3	20,11

	3560 A x __Anzahl	Laktatbestimmungen	__ x 1,0	
	Zwischensumme			
	Befundbericht			
()	0075	Ausführlicher Krankheits- und Befundbericht	2,3	17,43
	Zwischensumme			17,43
	Gesamtsumme gemäß GOÄ			

Ich verpflichte mich zur Zahlung der Gesamtkosten.

Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten.

Heidelberg, den _____

X _____

Unterschrift des Patienten bzw. seines Vertreters
(bei minderjährigen Patienten: des oder der
Sorgeberechtigten)

Unterschrift des Arztes bzw. seines
Abschlussbevollmächtigten

Einwilligung in die Datenweitergabe

Ich erteile hiermit die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass das Universitätsklinikum Heidelberg die zur Abrechnung erforderlichen wesentlichen Daten der Behandlung, insbesondere solche aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Befunde, Behandlungsverläufe), auch soweit es sich dabei um „besondere Arten personenbezogener Daten“ i.S. v. § 3 Abs. 9 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) handelt, der damit beauftragten Abrechnungsstelle, der unimed Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH, Michael-Uwer-Straße 17-19, 66687 Noswendel, ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Inkassos zur Verfügung stellt. Insoweit entbinde ich das Universitätsklinikum Heidelberg bzw. die an der Behandlung beteiligten Ärzte ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Heidelberg, den _____

Unterschrift des Patienten bzw. seines Vertreters
(bei minderjährigen Patienten: des oder
der Sorgeberechtigten)