**Behandlungsvertrag**

**LKW - Tauglichkeit**

(als Individuelle Gesundheitsleistung IGeL)

**Zwischen** Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**und** Fr. Dr. med. A. Waurick, Potsdamer Str. 12a, 14513 Teltow

 Fr. J. Melzer Potsdamer Str. 12a, 14513 Teltow

Der Patient wünscht die Durchführung folgender IGeL-Leistung:

* + EKG 651 (26,54€)
	+ Blutentnahme 250 (4,20€)
	+ Harnstreifentest 3511 (3,35€)
	+ Ärztliche Beratung 1 (10,72€)
	+ Ganzkörperuntersuchung 8 (34,86€)
	+ Bescheinigung 70 (5,36€)

**Gesamt: 85,03€**

Die Abrechnung erfolgt über die **GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte)** und ist vom Patienten selber zu tragen.

Im Anschluss erhalten Sie eine Rechnung von uns über o.a. Kosten sowie eine Rechnung vom Labor 28, in der die erbrachten Leistungen aufgeführt sind.

Die Rechnung der Praxis kann bar vor Ort bezahlt oder überwiesen werden.

Der Patientin/dem Patient ist bekannt, dass die genannten Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören und daher der Gesamtbetrag selbst zu tragen ist.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ärztin Patient**

Teltow, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_