

Patientenerklärung

Inanspruchnahme von Individuellen Gesundheitsleistungen
Abrechnung über **Die PVS** Aurich

Dr. med. Charlotte Kleen
Fachärztin für Neurologie
Schlafmedizin, spez. Schmerztherapie,
Akupunktur, Verkehrsmedizin,
Fachpraxis für Schlaf- und Telemedizin
Neustadtweg 14
26607 Aurich

Persönliche Erklärung des Patienten / der Patientin:

Ich, _____ (Name, Geb.-Datum)

_____ (Adresse)

wünsche die private Behandlung folgender außervertraglicher Leistung(en), die mir auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wie nachfolgend berechnet wird/werden:

Leistung	GOÄ-Ziffer	Gebührensatz	Gesamthonorar
<input type="checkbox"/> 01. Pulsoxymetrische Untersuchung	602	1,128	10,00 €
<input type="checkbox"/> 02. Kurzkontakt - auch telefonisch / per Video	1	3,216	15,00 €
<input type="checkbox"/> 03. Beratung zu komplexem Sachverhalt	3	3,431	30,00 €
<input type="checkbox"/> 04. Gesundheitsuntersuchung – Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinischer orientierter Beratung	29	3,119	80,00 €
<input type="checkbox"/> 05. Körperliche Untersuchung eines Organsystems	7	3,216	30,00 €
<input type="checkbox"/> 06. Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung	50	3,484	65,00 € ggf. zzgl. Wegegeld
<input type="checkbox"/> 07. Somnologisch-spezialfachärztliche Erstanamnese (mind. 60 Min.)	30	2,859	150,00 €
<input type="checkbox"/> 08. POC Diagnostik (TSH, Ferritin)	4030; 3742	1,15; 1,15	33,52 €
<input type="checkbox"/> 09. POCT Diagnostik (Vitamin D, Procalcitonin)	4138; 4062	1,072; 1,072	60,00 €
<input type="checkbox"/> 10. Häusliche PAD Schlaf-Diagnostik	602; 637; 827; 839; 857; 714; 75; Material	1,0; 1,0; 1,747; 2,0; 1,0; 1,0; 2,3	200,00 € zzgl. 89,01€ Materialkosten
<input type="checkbox"/> 11. Häusliche Schlaflaboruntersuchung (PSG as a service-System)	827; 1237; 653; 602; 605; 603; 839; 714; Material	2,3; 2,0; 1,53; 1,8; 1,8; 2,3; 2,3; 2,3	345,00 € zzgl. 398,09€ Materialkosten
<input type="checkbox"/> 12. Therapieeinstellung C-PAP / Therapiekontrolle telemedizinisch	427; 661	3,431; 1,78	85,00 €
<input type="checkbox"/> 13. Besuch in der „Villa Moorstern“	50	2,144	40,00 €
<input type="checkbox"/> 14. Erläuterung / Kontrolle „DiGa“	76; 1	2,045; 1,0	13,00 €
<input type="checkbox"/> 15. Attest / Diagnosenachweis „DiGa“	70	3,431	8,00 €
<input type="checkbox"/> 16. Verlaufsanamnese Schlafmedizin	31	3,431	90,00 €
<input type="checkbox"/> 17. Verhaltenstherapie KVTI	870	3,431	150,00 €
<input type="checkbox"/> 18. Lichttherapie (30 Min.)	565	2,144	15,00 €
<input type="checkbox"/> 19. Körperakupunktur (in Serie 8x + 1-4)	269a	2,205	45,00 €
<input type="checkbox"/> 20. Ohrakupunktur NADA	269	2,144	25,00 €
<input type="checkbox"/> 21. Neurostimulation incl. Tiefenmassage (Brainlight-Konzept 20-40 Min.)	521; 567; 846	2,2; 1,8; 2,3	38,00 €
<input type="checkbox"/> 22. IHHT mit Hypoxietest, HRV	602; 636; 602; 605; 505	1,8; 1,891; 1,8; 1,8; 1,8	108,00 €
<input type="checkbox"/> 23. i.v.-Infusionsbehandlung (30 Min.)	272	1,906	20,00 €
<input type="checkbox"/> 24. Aromatherapie (20 Min.)	505	1,614	8,00 €
<input type="checkbox"/> 25. Angeleitete Atemübung mit Qiu-Ball	510	2,205	9,00 €

Patientenerklärung

Inanspruchnahme von Individuellen Gesundheitsleistungen
Abrechnung über **Die PVS** Aurich



Dr. med. Charlotte Kleen
Fachärztin für Neurologie
Schlafmedizin, spez. Schmerztherapie,
Akupunktur, Verkehrsmedizin,
Fachpraxis für Schlaf- und Telemedizin
Neustadtweg 14
26607 Aurich

Leistung	GOÄ-Ziffer	Gebührensatz	Gesamthonorar
<input type="checkbox"/> 26. Elektrotherapie bei Migräne Cefaly prevent zur Prophylaxe als Kur täglich 20-60 Tage je 20 Min.	551	1,787; Material	5,00 € zzgl. 0,50€ Materialkosten
<input type="checkbox"/> 27. Elektrotherapie bei Migräne akut (REN by Nervio – im Bedarfsfall)	555	2,144	15,00 €
<input type="checkbox"/> 28. Elektrotherapie bei Migräne chronisch – ärztliche Leistung (Ozilia by Chordate, 1x wöchentlich über 6 Wochen initial, dann nur noch 1x/Quartal)	839	1,225; Material	50,00 € zzgl. 545,50€ Materialkosten , danach 273,70€ Quartal
<input type="checkbox"/> 29. Fremdanamnese/Unterweisung einer Bezugsperson	4	3,119	40,00 €
<input type="checkbox"/> 30. Telekonsil	60	3,431	24,00 €
<input type="checkbox"/> 31. Erörterung lebensverändernde Erkrankung (z.B. Schlafapnoe)	34	3,431	60,00 €
<input type="checkbox"/> 32. Therapieplanung im Kurzformat	77	3,431	30,00 €
<input type="checkbox"/> 33. Ausführlicher Befundbericht	75	3,299	25,00 €

Die Gesamtkosten betragen: _____ €

Ich wünsche keine Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL).

Die Leistungen sind als ärztliche Leistungen gemäß § 4 Nr. 14 Umsatzsteuer von der Umsatzsteuer befreit.

Die Durchführung obiger Leistungen erfolgt auf meinen eigenen Wunsch nach eingehender Aufklärung, auch darüber, dass diese Rechnung nicht bei der Krankenkasse zur Kostenerstattung eingereicht werden kann, da diese Leistung gemäß §12 SGB V außerhalb der GKV-Leistungspflicht liegt.

Die Kosten für oben aufgeführte Leistungen trage ich selbst. Diese Liquidation gilt zugleich als Behandlungsvertrag.

Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis zur Liquidation dieser Leistungen über die PVS. Die dazu erforderlichen Daten dürfen an diese weitergeleitet werden.

Ort/Datum

X

Unterschrift Patient

Ich habe ein Exemplar der Vereinbarung erhalten.

Ich wünsche kein Exemplar dieser Vereinbarung.

X

Unterschrift Patient

Stempel, Unterschrift Ärztin