

Aufgrund von Budgetkürzungen sind wir gezwungen uns zukünftig auf die gesetzlichen Vorgaben und Inhalte der Check-Up-Untersuchung zu beschränken.

Von den gesetzlichen Krankenkassen werden folgende Untersuchungen übernommen:

• **Ab dem 35.Lebensjahr alle 3 Jahre**

Blutentnahme mit Bestimmung der Blutfette und des Blutzuckers,
Anamnese und körperliche Untersuchung,
Untersuchung des Urins,
einmaliges Testen auf das Vorliegen einer Hepatitis-B- und -C-Virusinfektion

• **zwischen dem 18. und dem 35. Lebensjahr einmalig**

Anamnese (Erfragen des Risikoprofils für Herz - Kreislauferkrankungen) und
eine körperliche Untersuchung
Eine Blutentnahme erfolgt nur bei einem entsprechendem Risikoprofil

Sollten Sie außerhalb dieser Zeitintervalle Interesse an weiteren Vorsorgeuntersuchung oder auch zusätzlich zu Ihrer geplanten Check-Up-Untersuchung Interesse an apparativen und/oder laborchemischen Leistungen haben, können Sie diese mit dem beiliegenden Behandlungsvertrag mit uns verabreden.

Die Kosten der zusätzlichen Leistungen ergeben sich aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und werden nicht von den Gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Sie sind im Anschluss an die Behandlung mittels EC-Karte zu zahlen.

Vertrag über Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Intervall-Check-Up (Untersuchung außerhalb des gesetzlich vorgegebenen Zeitintervalls)
 Inkl. Anamnese, körperliche Untersuchung, Blutentnahme
 Gesamt-HDL-LDL-Cholesterin, Triglyceride, Blutzucker
 Urinuntersuchung

GOÄ Ziffer	Faktor	Summe	bitte hier ankreuzen
		79,94 €	<input type="checkbox"/>
250,29	1,8/2,3		
3562-3665.H1,3560	1,15		
3511	1,15		

Raucher-Check

EKG, Lungenfunktion, Auskultation, Sauerstoffsättigung

1,7,602,605,605a,651	1,8/2,3	114,74	<input type="checkbox"/>
----------------------	---------	--------	--------------------------

Raucher-Entwöhnung

Ohrakupunktur je Sitzung

269a	2,3	46,92 €	<input type="checkbox"/>
------	-----	---------	--------------------------

Ultraschalluntersuchungen

Schilddrüse
 Bauchorgane
 Aortenscreening

417	2,3	28,15 €	<input type="checkbox"/>
410 + 420x3	2,3	58,97 €	<input type="checkbox"/>
410	2,3	26,81 €	<input type="checkbox"/>

Apparative Leistungen

EKG
 Lungenfunktion

651	1,8	26,54 €	<input type="checkbox"/>
605 + 605a	1,8	40,08 €	<input type="checkbox"/>

Zusätzliche laborchemische Untersuchungen

Fettstoffwechsel (Gesamt-HDL-LDL-Cholesterin, Triglyceride)
 Kleines Blutbild (Auszählen der Blutkörperchen)
 Differentialblutbild (kl.BB + weiße Untergruppen)
 „Langzeit“-zucker (HBa1c)
 Leber-Profil (Bilirubin, Alkal. Phosphatase, GOT, GPT, yGT)
 Bauchprofil (Lipase, GOT,GPT, Kreatinin)
 Nierenprofil (Kreatinin, GFR)
 Schilddrüsenprofil (fT3/fT4/TSH)*
 PSA *
 Eisenstoffwechsel (Ferritin)*
 Gesundheitsprofil z.B. für Vegetarier oder Veganer (Ferritin, Vitamin B12, Folsäure,v Vitamin D, Calcium, kl. Blutbild)*
 Osteoporoseprofil (Vitamin D, Calcium)*

3562-3665.H1	1,15	10,72	<input type="checkbox"/>
3550	1,15	4,02 €	<input type="checkbox"/>
3550 + 3551	1,15	5,36 €	<input type="checkbox"/>
3561	1,15	13,41 €	<input type="checkbox"/>
3581.H1,3587.H1,3515,3516,3513	1,15	19,43 €	<input type="checkbox"/>
3521,3515, 3516, 3520	1,15	18,76 €	<input type="checkbox"/>
3520	1,15	4,69 €	<input type="checkbox"/>
4030,4022.H4,4023.H4	1,00	43,71 €	<input type="checkbox"/>
3908	1,00	17,49 €	<input type="checkbox"/>
3742	1,00	14,57 €	<input type="checkbox"/>
4138+ 4140x2,3555,3550,3742	1,00	77,52 €	<input type="checkbox"/>
4138, 3555	1,00	30,31 €	<input type="checkbox"/>

Ich wünsche die privatärztliche Behandlung durch die Sterkrader Gemeinschaftspraxis mit den oben genannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), für die eine Rechnungsstellung auf Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt (Leistungen, die mit * gekennzeichnet sind, werden direkt von unserem Partnerlabor abgerechnet). Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zu den Leistungen meiner gesetzlichen Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten von ihr (auch nicht teilweise) übernommen oder erstattet werden können.

Die Arztrechnung ist mit den oben angegebenen Gesamtkosten von mir selbst zu bezahlen.

Oberhausen, den _____
 Datum Name Geburtstag Unterschrift