



Prof. Dr. med. B. Friedmann-Bette

Kommissarische Ärztliche Direktorin der Abteilung Innere Medizin VII / Sportmedizin

**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 **Leistungsdiagnostik**.

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 €
	0034	Erörterung (Dauer mindestens 20 Minuten) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung - gegebenenfalls einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken -, einschließlich Beratung - gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen -	1,8	31,48
	0007	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) - gegebenenfalls	1,0	9,33

		einschließlich Dokumentation -		
	0748 A	Maugergewichtsbestimmung – entspricht Hautdrainage, § 6	1,0	4,43
	0796 A	Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad- oder Laufbandergometer (physikalisch definierte und reproduzierbare Belastungsstufen) einschließlich Dokumentation, analog Nr. 650	1,0	8,86
	0070	Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	1,0	2,33
	0075	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)	1,0	7,58
Zwischensumme				64,01
	Spiroergometrie			
()	0606	Spiroergometrische Untersuchung - einschließlich vorausgegangener Ruhespirographie und gegebenenfalls einschließlich Oxymetrie -	1,8	39,76
()	0605 a	Darstellung der Flußvolumenkurve bei spirographischen Untersuchungen - einschließlich graphischer Registrierung und Dokumentation -	1,0	8,16
()	0617	Gasanalyse in der Expirationsluft mittels kontinuierlicher Bestimmung mehrerer Gase	1,0	19,88
Zwischensumme				67,80
	Laktatbestimmungen			
	0077 A	Erstellung der Laktatleistungskurve und Ermittlung der Trainingsbereiche – entspricht schriftliche, individuelle Planung und Leitung einer Kur mit diätetischen, balneologischen und/oder klimatherapeutischen Maßnahmen unter Einbeziehung gesundheitserzieherischer Aspekte, § 6	2,3	20,11
	3560 A x __Anzahl	Laktatbestimmungen – entspricht Glukose, § 6	__ x 1,0	
Zwischensumme				
Gesamtsumme gemäß GOÄ				

Eventuell anfallende Materialkosten werden Ihnen zusätzlich in Rechnung gestellt.

Die Kosten weiterer an der Behandlung beteiligter Fachabteilungen (Anästhesie, Kardiologie, Labor etc.) sind **nicht** in der Summe enthalten und werden Ihnen gesondert in Rechnung gestellt.

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 bin informiert und einverstanden, dass die Erstellung der wahlärztlichen Liquidationen durch das externe Abrechnungsunternehmen Firma unimed in 66687 Wadern bzw. durch die PVS Südwest GmbH in 68159 Mannheim erfolgt. Ich gebe die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass das Universitätsklinikum Heidelberg bzw. die liquidationsberechtigten Ärzte die erforderlichen patientenbezogenen persönlichen Behandlungsdaten an diese Unternehmen ausschließlich zur Rechnungsstellung weitergeben dürfen. Insoweit entbinde ich das Universitätsklinikum Heidelberg bzw. die zur Liquidation berechtigten Ärzte ausdrücklich von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Ansonsten wird auf die ausgehändigten Informationen gemäß Art.13 und 14 der EU-Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) hingewiesen.

Heidelberg

X _____
Unterschrift des Patienten bzw. seines Vertreters (bei minder-
jährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)