

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 **Sporttauglichkeitsuntersuchung**.

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 €
	0860 A	Erhebung einer biographischen Anamnese	1,0	53,62
	0034	Erörterung des Befundes > 20 Minuten	1,0	17,49
	0008	Unters. z. Erhebung des Ganzkörperstatus	1,0	15,15
	0748 A	Magergewichtsbestimmung, entspricht Hautdrainage, gemäß § 6 GOÄ	1,0	4,43
	0652	EKG unter Belastung (Ergometrie)	1,0	25,94
	0250	Blutentnahme	1,0	2,33
	3711	BKS, BSG	1,0	2,33
	3652	Urin-Streifentest	1,0	2,04
	3653	Urinsediment mikroskopisch	1,0	2,91
	Zwischensumme			126,24
	Spiroergometrie mit Bestimmung der max. Sauerstoffaufnahme			
()	0606	Spiroergometrie	1,8	39,76
()	0605 a	Flussvolumenkurve	1,0	8,16
()	0617	Gasanalyse in der Expirationsluft	1,0	19,88
	Zwischensumme			67,80
	Echokardiographie			
()	0424	Zweidimensionale Doppler-echokardiographische Untersuchung	1,0	40,80
()	0404	Zuschlag für Frequenzspektrumanalyse	1,0	14,57
()	0405	Zuschlag für CW-Doppleruntersuchung	1,0	11,66
()	0406	Zuschlag für Farbkodierung	1,0	11,66
	Zwischensumme			78,69
	Lungenfunktion + Flussvolumenkurve			
()	0605	Spirographische Untersuchung	1,8	25,39
()	0605 a	Flussvolumenkurve	1,8	14,69

	Zwischensumme			40,08
	Laktatbestimmungen			
	0077 A	Erstellung der Laktatleistungskurve und Ermittlung der Trainingsbereiche	2,3	20,11
	3560 A x __ Anzahl	Laktatbestimmungen	__ x 1,0	
	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)