

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------------|-----|-------|--------|-----|-------------|
| AOK | LKK | BKK | IKK | VdAK | AEV | Knappschaft |
| Name, Vorname des Patienten | | | | | | |
| | | | | | | geb. am |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | | | Status | | |
| Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis | | Datum | | | |

Individuelle Gesundheitsleistung:

Sportmedizinische
Tauglichkeitsuntersuchung
z. B. Sportverein, Sport-LK,
Wettkampf Erwachsene,
ohne Technik



Patientenerklärung auf Wunschleistung

Mir ist bekannt, dass ich keinen Anspruch auf Kostenerstattung folgender privatärztlich liquidierter Leistungen gegenüber meiner Krankenkasse habe, da die von mir gewünschte Behandlung nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist.

Ich bin damit einverstanden, dass die Kosten, die für die gewünschte privatärztliche Behandlung anfallen, auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden.

Die Abrechnung beinhaltet die Ziffern:

| Ziffer | Erklärung |
|---------------------|-------------------------|
| 1 | Beratung |
| 7 | Untersuchung Herz Lunge |
| 70 | Attest |
| Gesamtbetrag | € 30,00 |

.....
Datum

.....
Patient

.....
Für die Praxis

Betrag bar bezahlt am