

	Dokumentenname: FB Vereinbarung IGEL	Check: Dokumentenversion: 1 Seite: 1 von 1
	Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Dr. Ildikó Czeiner August-Mohl-Str. 38 95030 Hof/Saale	

Vereinbarung zur Erbringung der individuellen Gesundheitsleistung (IGEL)

Mir ist bekannt, dass die Leistung 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 unten angegebenen Gesamtkosten von mir selbst zu zahlen.

Ich wünsche ausdrücklich durch Frau Dr. Czeiner bzw. ihrem Team die Behandlung. Die Rechnung erfolgt auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Diese Leistungen in unserer Praxis sind:

- ☐ Fachärztliche Stellungnahmen (LRS, Dyskalkulie),
fachärztliche Befundberichte (26,50 € bzw. je nach Aufwand)
- ☐ Sonstige fachärztliche Stellungnahmen
(z. B. zur Vorlage für Institutionen) (17,50 € bzw. je nach Aufwand)
- ☐ Gutachten nach § 35a (116,00€)
- ☐ Bescheinigungen / Atteste (5,00 €)
- ☐ Auslandsbescheinigungen (8,50 €)
- ☐ Kopien (je Seite 0,50 €)

Im Anschluss werden Sie eine Rechnung erhalten, in der ich die erbrachten Leistungen aufführen und den Gebührensatz unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen festlegen werde.

Ich wurde von Fr. Dr. Czeiner bzw. ihrem Team umfassend aufgeklärt und schließe die Vereinbarung auf meinen ausdrücklichen Wunsch und nach genügend Bedenkzeit.

Datum: _____ Unterschrift Patient: _____

Datum: _____ Unterschrift Arzt: _____

Datum: erstellt/von	Datum: geprüft/von	Datum Freigabe/von PL	Dokumentenpfad:
23.05.2020 Barbara Czeiner	23.05.2020 Frau Wolfrum	23.05.2020 / IC	USB-Stick:\QMH /FB/ FB Vereinbarung IGEL