



Vereinbarung über Diagnostikleistungen

Name, Vorname

Geburtsdatum

Mir ist bekannt, dass ich als Patient der gesetzlichen Krankenversicherung das Recht habe, nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden.

Unabhängig davon wünsche ich ausdrücklich private Diagnostikleistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Mir ist bewusst, dass meine Krankenkasse diese Kosten nicht erstattet.
Nachfolgende Diagnostikleistungen wurden vereinbart:

- | | | | |
|---|------|---|------|
| <input type="checkbox"/> Glaukomvorsorge | 20 € | <input type="checkbox"/> Tomografie/Topografie | 70 € |
| <input type="checkbox"/> Fundusfoto | 40 € | <input type="checkbox"/> Endothelzelldichte | 70 € |
| <input type="checkbox"/> Pachymetrie | 40 € | <input type="checkbox"/> Aberrometrie | 70 € |
| <input type="checkbox"/> HRT oder OCT Papille | 70 € | <input type="checkbox"/> OCT Makula | 70 € |
| <input type="checkbox"/> Sehtestbescheinigung | 10 € | <input type="checkbox"/> Großes Führerscheingutachten | 80 € |
| <input type="checkbox"/> Polizeigutachten | 80 € | <input type="checkbox"/> Fliegergutachten | 80 € |
| <input type="checkbox"/> Blindengeldgutachten | 80 € | <input type="checkbox"/> Sonstiges Gutachten _____ | |

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Glaukom Pro Diagnostik: Erweiterte Papillendiagnostik
(Fundusfoto, Pachymetrie, Papillen OCT) | 130 € |
|---|-------|

Ich erhalte im Anschluss an die Leistung eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Arzt/Ärztin/Vertreter/in