

Thomas F. Hilzinger
Facharzt für Innere Medizin
Wilmsdorfer-Strasse 54
10627 Berlin

Sehr geehrte(r) Patient(in),

Um überflüssige Arzt/Patienten-Kontakte im Rahmen der Corona-Pandemie zu vermeiden, bitten wir Sie, uns u.g. Unterlagen vorab per Email, postalisch oder per Hausbriefkasten zukommen zu lassen. Diese aktuellen (maximal 14 Tage alten) **Befunde** sind die **Voraussetzungen** einer raschen ambulanten Magenspiegelung:

-- **12-Kanal-Ekg**

-- **Labor:** Quick, PTT, BB, OT, PT, LDH, GGT

-- **Attest zum Ausschluss Atemwegserkrankungen u. negativer Covid-AG-Test**

-- **Überweisung und V-Karte**

--- **Hinweis** auf sehr sinnvoll **ergänzende fachärztliche Leistungen:**

1. HUT-Test (spart Zeit und Geld) - keine Kassenleistung
2. Color-Video-Print-Out der Endoskopiebilder mit Einnahmeplan und erläuterndem Text (spart Zeit bei Rückfragen) – keine Kassenleistung

Mit freundlichen Grüßen

Das Praxisteam – Facharztpraxis in den Arkaden

P.S.

Bitte beachten Sie diese Liste & den Aufnahmebogen – beides bearbeitet mitbringen!

AUFNAHMEBOGEN

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Geburtsort _____ Email* _____ Telefon* _____

*mit Zustimmung zur elektronischen Benachrichtigung per Email/ SMS

Name der Krankenversicherung _____

Bekannte Allergien _____

Vorerkrankungen _____

Familiäre Erkrankungen _____

Raucher ja nein

Operationen: wann _____ wo _____

Beruf _____

Familienstatus ledig verheiratet Kinder

Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg BMI:

Aktuelle Beschwerden (seit wann:) _____

in Psycholog./Psychiatr.Behandlung: _____

Medikamente: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam gemacht worden? _____

Vereinbarung über IGEL-Leistungen (nach Gebührenordnung für Ärzte GOÄ*)

Abrechnung erfolgt unter Berücksichtigung der Ausführungsumstände

HU-Test bei Gastro (GOÄ Analogleistung A-4565 – 1,8fach) ca. 26,00 €

Color-Video-Print-Out bei Gastroskopie (GOÄ 75 -3,5fach) ca. 27,00 €

*Dem Versicherten ist bekannt, dass die o.g. individuellen Gesundheitsleistungen nicht zum Katalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören.

Datum: _____ Unterschrift Patient: _____

Bitte ausgefüllt der Schwester aushändigen und die **Rückseite** beachten!!!!

Vereinbarung über IGEL- LEISTUNGEN (nach Gebühren-Ordnung f. Ärzte)
Abrechnung erfolgt unter Berücksichtigung der Ausführungsumstände.

- I. **Quantitative Sofort-CRP-Bestimmung in mg%** ca. **15,00 €**
incl. Material (GOÄ 3741) 1,3 fach
- II. **mbca = Body-Compositions-Analyse** ca. **45,00 €**
GOÄ: A651 (3 fach), -1-;
- III. **„Leberelastographie“ als Analog-Leistung** ca. **59,45 €**
(nach GOÄ 410, 401)
- IV. **IMT – Gefäßcheck** (zusätzlich GOÄ 645) 1,8 fach **68,00 €**
- V. **Ausdruck aus Datei / Farbe je Seite** **2,50 €**
nach GOÄ/Gerichtssachverständigen-gesetz
- VI. **LZ-EKG = 48 Stunden fortlaufend** na GOÄ Nr. 659 ca. **68,25 €**
- VII. **Schellong Test** nach GOÄ 600 x 3,5fach ca. **14,90 €**

VIII a **Ernährungs-Bewegungsberatung**

2 ! Sitzungen mit Ernährungsplan (GOÄ 34,76 & 33,76) **99,00 €**

siehe ausgehändigter schriftliche Aufklärung und Vertragstext

b **Trulicity-Schulung: intens. Einzelschulung (GOÄ 33 -2fach)** **35,00 €**

IX. **Gutachterliche Beratung:**

Patientenverfügung: (GOÄ 34 -3,5fach) **30 Minuten = 61,00 €**

Beratung bei Eingriffen/ lebensverändernden Erkrankungen n GOÄ:

30 Minuten (GOÄ 34 -3,5fach) **61,00 €** **60 Minuten = 122,00 €**

siehe ausgehändigte schriftliche Aufklärung und Vertragstext

Bezahlung: **Bar-Rechnung**

Bitte schon zuhause ausfüllen, damit mehr Zeit für Gespräche mit dem Doktor bleibt. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Datum:

Unterschrift Patient:
