

**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 **Tauglichkeitsuntersuchung**.

Mir ist bekannt, dass ich die Behandlungskosten in Höhe von derzeit **108,18 €** 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.

Ziffer	Leistungstext	Faktor	Betrag €
1	Beratung < 10 Minuten, ggf. telefonisch Aufklärung vor der Untersuchung einschließlich anschließender Befundbesprechung	3,5	16,32
8	Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus	1,0	15,15
605	Spirographische Untersuchung	1,0	14,11
605 a	Flussvolumenkurve	1,0	8,16
652	EKG unter Belastung (Ergometrie)	1,0	25,94
70	Kurze Bescheinigung (Zeugnis, AU)	1,0	2,33
	Materialkosten: 2 x „OMI“ je Seite = 4,45 ohne MwSt.		8,90
	<b>Zwischensumme</b>		<b>90,91</b>
			zzgl. 19% MwSt.
			<b>17,27</b>
			<b>Gesamtkosten gemäß GOÄ</b>
			<b>108,18</b>

Ich verpflichte mich zur Zahlung der Gesamtkosten.

Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten.

Hannover, den \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. seines Vertreters  
(bei minderjährigen Patienten: des oder der  
Sorgeberechtigten)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes bzw. seines  
Abschlussbevollmächtigten