

Auftrag für Zusatzleistungen

Ein Arztbericht, Attest etc. ist eine vertrauliche Information über einen Patienten. Die Anfertigung von Berichten, Attesten, Bescheinigung für Sie oder private bzw. öffentliche Einrichtungen kann aus nach dem schriftlichen und unterzeichneten Auftrag gefertigt werden findet nach der Berechnungsgrundlage gem. GOÄ 2,3-fach statt.

Name vom Patienten:

Adresse:

Der Auftrag ist für folgenden Grund bestimmt (Die Angabe ist freiwillig):

Ich entbinde hiermit die Mitarbeiter von der Schweigepflicht gegenüber:

Nachfolgende Leistungen sind bei den gesetzlichen Krankenkassen und meistens auch bei den privaten Krankenkassen nicht mit inbegriffen. Sollten Sie nicht bar vor Ort zahlen, bitten wir um vorherige Überweisung auf eine der Bankverbindungen.

Bitte ankreuzen:

- | | | |
|--------------------------|--|---------|
| <input type="checkbox"/> | kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, ärztl. Arbeitsunfähig- oder Medikamentenbescheinigung für z.B. öffentl. Einrichtungen | 5,36 € |
| <input type="checkbox"/> | Schriftliche Testergebnisse ohne Auswertung, kurze Krankheits- und Befundmitteilung | 17,43 € |
| <input type="checkbox"/> | Auswertung der Tests und/oder schriftliche gutachterliche Äußerung, ärztl. Untersuchung und Bescheinigung außerhalb der kassenärztl. Pflichten | 40,23 € |
| <input type="checkbox"/> | Schriftl. gutachterliche Äußerung mit einem das gewöhl. Maß übersteigenden Aufwand | 67,03 € |
| <input type="checkbox"/> | Schreibgebühr DIN A4-Seite | 16,09 € |
| <input type="checkbox"/> | Bescheinigung für Schule bzw. öffentliche Einrichtungen zum Nachteilsausgleich | 32,00 € |
| <input type="checkbox"/> | |€ |

Vereinbarte Leistung:

Es ist mir bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Ich wünsche dennoch die oben aufgeführten Leistungen. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Leistungen evtl. nicht erstattungsfähig sind und dass der oben genannte Betrag von mir selbst zu tragen ist. Diese Leistungen sind umsatzsteuerfrei gem. §4 Nr. 14 UStG. Wir bitten um Beachtung, dass die Anforderung nur mit rechtmäßiger Unterschrift und Schweigepflicht und bei vorheriger Zahlung gefertigt werden kann.

Datum, Unterschrift des Antragstellers

**MVZ für
Entwicklungsförderung
Berlin-Neukölln**

Bankverbindung:
Apo-Bank Düsseldorf
IBAN: DE29 3006 0601 0005 0369 43
BIC: DAAEDEDXXX
Steuernr. 29/018/01242

**Praxis
Dr. Rosero-Maquilón
Berlin-Lichterfelde**

Bankverbindung:
Apo-Bank Düsseldorf
IBAN: DE553006060100061490 65
BIC: DAAEDEDXXX
Steuernr. 20/497/61850