

Ortsübergreifende Gemeinschaftspraxis Karlsruhe

Inhaber: Falk Dillmann, Dr. med. Dieter Geiger, Dr. med. Hermann Goebel, Christian Hauf M.Sc.



Praxis Rintheim
 Mannheimerstr. 12, 76131 Karlsruhe
 Tel. 0721 / 96 13 113
 Fax: 0721 / 96 13 114
www.praxis-rintheim.de
 E-Mail: praxiskarlsruhe@online.de
 Rezept-Telefon: 0721 / 96 13 775
 Rezept-E-Mail: ab.praxiskarlsruhe@online.de



Praxis Oststadt
 Haid-und-Neu-Str. 32, 76131 Karlsruhe
 Tel. 0721 / 69 73 75
 Fax: 0721 / 69 11 79
www.praxis-oststadt.de
 E-Mail: praxisoststadt@online.de
 Rezept-Telefon: 0721 / 966 50 10
 Rezept-E-Mail: ab.praxisoststadt@online.de



Praxis Weststadt
 Bismarckstr. 59, 76133 Karlsruhe
 Tel. 0721 / 27 884
 Fax: 0721 / 23 569
www.praxis-weststadt.de
 E-Mail: praxisweststadt@online.de
 Rezept-Telefon: 0721/ 957 953 69
 Rezept-E-Mail: ab.praxisweststadt@online.de

**Angestellte
 Ärztinnen
 und Ärzte:**
 Björn Küster
 Dr. med. Elisa Lewin
 Dr. med. Sirin Nuengsri
 Dr. med. Caroline Schnider
 Dr. med. Bastian Vogel
 Dr. med. Timo Wolfspurger

Honorarvereinbarung über Beamtenanwärteruntersuchung (analog JVEG)

Name:	Geburtsdatum:
-------	---------------

Ich wünsche, durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt die folgenden Leistungen gemäß Vorgabe des Regierungspräsidiums Stuttgart in Anspruch zu nehmen:

Anamnese, Untersuchung, Zeugnis	Ziffer	Summe (€)	ja
Geringer Aufwand (Z.B. Zweitbegutachtung)	M1	65	<input type="checkbox"/>
Mittlerer Aufwand (Begutachtung n. Standard)	M2	75	<input type="checkbox"/>
Hoher Aufwand (Z.B. komplexe Erkrankungen)	M3	100	<input type="checkbox"/>

Ich vereinbare hierfür ein Honorar über gesamt €: _____

Es ist mir bekannt, dass dies kein Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Ich wünsche dennoch die oben aufgeführten Leistungen.
 Ich weiss, dass diese nicht erstattungsfähig sind und dass der oben vermerkte Betrag von mir selbst zu tragen ist.

Ort, Datum

Arzt

Patientin/Patient