

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 Wolfsperger

Honorarvereinbarung für Sporttauglichkeitsuntersuchung

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

Ich wünsche, durch die / den behandelnde(n) Ärztin / Arzt die folgenden Leistungen gemäß GÖÄ in Anspruch zu nehmen (grau = optional):

	GOÄ-Ziffer	Faktor	Summe (€)	ja
(Beratungs-)Gespräch	3	1	8,74	<input type="checkbox"/>
Körperliche Untersuchung	8	1	15,15	<input type="checkbox"/>
Lungenfunktionsprüfung	603+605+605a+602	1	36,38	<input type="checkbox"/>
Ruhe-EKG	651	1	14,75	<input type="checkbox"/>
Belastungs-EKG	652	1	25,94	<input type="checkbox"/>
Echokardiographie	424+404+405+406	1	78,69	<input type="checkbox"/>
Bescheinigung	70	1	2,33	<input type="checkbox"/>

Ich vereinbare hierfür ein Honorar über gesamt EURO: _____
(Summe gesamt ohne Optionen: 26,22 €)

Es ist mir bekannt, dass die Sporttauglichkeitsuntersuchung 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