

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 Wolfspenger

Honorarvereinbarung für Tauchsportuntersuchung (gemäß Anforderung der Deutschen Gesellschaft für Tauch- und Überdruckmedizin DGTUEM)

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

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

	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 (ab 40 J.)	652	1	25,94	<input type="checkbox"/>
Bescheinigung	75	1	7,58	<input type="checkbox"/>

Ich vereinbare hierfür ein Honorar über gesamt €: _____

(Summe ohne Belastungs-EKG: 82,60 €, mit Belastungs-EKG: 108,54 €)

Es ist mir bekannt, dass die Tauchsportuntersuchung 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