

Thomas F. Hilzinger  
Facharzt für Innere Medizin  
Wilmsdorfer-Strasse 54  
10627 Berlin

Sehr geehrte(r) Patient(in),

Um überflüssige Arzt/Patienten-Kontakte im Rahmen der Corona-Pandemie zu vermeiden, bitten wir Sie, uns u.g. Unterlagen vorab per Email, postalisch oder per Hausbriefkasten zukommen zu lassen. Diese aktuellen (maximal 14 Tage alten) **Befunde** sind die **Voraussetzungen** einer raschen ambulanten Magenspiegelung:

-- **12-Kanal-Ekg**

-- **Labor:** Quick, PTT, BB, OT, PT, LDH, GGT

-- **Attest zum Ausschluss Atemwegserkrankungen u. negativer Covid-AG-Test**

-- **Überweisung und V-Karte**

--- **Hinweis** auf sehr sinnvoll ergänzende fachärztliche Leistungen:

1. HUT-Test (spart Zeit und Geld) - keine Kassenleistung
2. Color-Video-Print-Out der Endoskopiebilder mit Einnahmeplan und erläuterndem Text (spart Zeit bei Rückfragen) – keine Kassenleistung

Mit freundlichen Grüßen

Das Praxisteam – Facharztpraxis in den Arkaden

**P.S.**

Bitte beachten Sie diese Liste & den Aufnahmebogen – beides bearbeitet mitbringen!

# AUFNAHMEBOGEN

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_ Email\* \_\_\_\_\_ Telefon\* \_\_\_\_\_

\*mit Zustimmung zur elektronischen Benachrichtigung per Email/ SMS

Name der Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Bekannte Allergien \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen \_\_\_\_\_

Familiäre Erkrankungen \_\_\_\_\_

Raucher ja  nein

Operationen: wann \_\_\_\_\_ wo \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Familienstatus ledig  verheiratet  Kinder

Körpergröße \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg BMI:

Aktuelle Beschwerden (seit wann:) \_\_\_\_\_

in Psycholog./Psychiatr.Behandlung: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam gemacht worden? \_\_\_\_\_

**Vereinbarung über IGEL-Leistungen** (nach Gebührenordnung für Ärzte GOÄ\*)

Abrechnung erfolgt unter Berücksichtigung der Ausführungsumstände

HU-Test bei Gastro (GOÄ Analogleistung A-4565 – 1,8fach) ca. 26,00 €

Color-Video-Print-Out bei Gastroskopie (GOÄ 75 -3,5fach) ca. 27,00 €

\*Dem Versicherten ist bekannt, dass die o.g. individuellen Gesundheitsleistungen nicht zum Katalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_

Bitte ausgefüllt der Schwester aushändigen und die **Rückseite** beachten!!!!

**Vereinbarung über IGEL- LEISTUNGEN (nach Gebühren-Ordnung f. Ärzte)**  
Abrechnung erfolgt unter Berücksichtigung der Ausführungsumstände.

- I. **Quantitative Sofort-CRP-Bestimmung in mg%** ca. **15,00 €**   
incl. Material (GOÄ 3741) 1,3 fach
- II. **mbca = Body-Compositions-Analyse** ca. **45,00 €**   
GOÄ: A651 (3 fach), -1-;
- III. **„Leberelastographie“ als Analog-Leistung** ca. **59,45 €**   
(nach GOÄ 410, 401)
- IV. **IMT – Gefäßcheck** (zusätzlich GOÄ 645 ) 1,8 fach **68,00 €**
- V. **Ausdruck aus Datei / Farbe je Seite** **2,50 €**   
nach GOÄ/Gerichtssachverständigen-gesetz
- VI. **LZ-EKG = 48 Stunden fortlaufend** na GOÄ Nr. 659 ca. **68,25 €**
- VII. **Schellong Test** nach GOÄ 600 x 3,5fach ca. **14,90 €**

VIII a **Ernährungs-Bewegungsberatung**

**2 ! Sitzungen mit Ernährungsplan (GOÄ 34,76 & 33,76)** **99,00 €**

siehe ausgehändigter schriftliche Aufklärung und Vertragstext

b **Trulicity-Schulung: intens. Einzelschulung (GOÄ 33 -2fach)** **35,00 €**

IX. **Gutachterliche Beratung:**

**Patientenverfügung:** (GOÄ 34 -3,5fach) **30 Minuten = 61,00 €**

**Beratung bei Eingriffen/ lebensverändernden Erkrankungen n GOÄ:**

**30 Minuten (GOÄ 34 -3,5fach)**  **61,00 €** **60 Minuten = 122,00 €**

siehe ausgehändigte schriftliche Aufklärung und Vertragstext

Bezahlung: **Bar-Rechnung**

**Bitte schon zuhause ausfüllen, damit mehr Zeit für Gespräche mit dem Doktor bleibt. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Datum:

Unterschrift Patient:

---