PRAXIS BERLINER ALLEE
Hausarztpraxis für Prävention und individuelles Gesundheitsmanagement

Marina Diener · FÄ für Innere Medizin
Dr. med. Constanze Lohse · FÄ für Allgemeinmedizin
und angestellte Ärzte

Berliner Allee 15 • 22850 Norderstedt • Tel: 040 5232464 • Fax: 040 5235109
Mail: info@praxis-berliner-allee.de • Web: www.praxis-berliner-allee.de

Kostenvereinbarung P05
Programm Diabetes & Fettleber
zwischen den Ärzten der Praxis Berliner Allee
und

Name, Vorname	Geburtsdatum

GOÄ	**Bedeutung**		**Faktor**	**Preis €**
410	Ultraschall eines Organs (Pankreas)	Ultraschall Abdomen (97,97€)	2.3	26,81
420	Ultraschall weiterer Organe (Niere re+li/Harnblase)		3.42	15,95
420	Ultraschall weiterer Organe (Gallenblase/Pleura/Perkard)		3.42	15,95
420	Ultraschall weiterer Organe (Leber/Milz/Aorta)		3.42	15,95
401	Zuschlag zu sonographischen Leistungen (Duplex)		1.0	23,31
651A	BIA-Analyse		1.8	26,54
31	Ausführliches Auswertungsgespräch 25Min		5.7	149,51
	Laborkosten Labor Froreich			51,61*
		Gesamtpreis		**325,63**

*Preisänderungen der Labore vorhalten

Der/Die PatientIn verpflichtet sich, dass nach GOÄ berechnetet Honorar selbst zu tragen, sofern die Krankenversicherung diese nicht oder nicht in vollem Umfang übernimmt. Die gesetzliche Grundlabe bildet die BGB §§ 611 ff (Dienstvertrag).

Die vereinbarten Termine werden ausdrücklich für den / die PatientIn freigehalten. Es wird daher gebeten, die Termine unbedingt einzuhalten oder rechtzeitig mindestens 24 Stunden vor Terminbeginn per Mail, auf Anrufbeantworter oder telefonisch abzusagen. Bei Nichterscheinen wird der Termin in Rechnung gestellt.

Der Patient nimmt zur Kenntnis, dass sich der Gesamtbetrag aus mehreren Einzelrechnungen (Praxis Berliner Allee und ggf. verschiedene Labore ergibt.

Wir sind auch für nachträgliche Fragen gern für Sie da. Bitte beachten Sie dabei, dass wir uns für jede E-Mail und jedes Telefonat Zeit für Ihr individuelles Anliegen nehmen.
Wir berechnen diese Zeit nach tatsächlichem Aufwand mit 10,72€ / 10 Minuten (GOÄ-Ziffer 1 – Faktor 2.3).

Ort, Datum	
Unterschrift Patient	Unterschrift Arzt