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
Polygraphie Screening Premium
zwischen den Ärzten der Praxis Berliner Allee
und

Name, Vorname	Geburtsdatum

GOÄ	Bedeutung		Faktor	Preis €
714A	kontinuierliche Registrierung der Körperlage (mind. 6h) mittels Lagesensoren		2.3	24,13
602A	Oxymetrische Untersuchung (mind. 6h)		2.3	20,38
839A	kontinuierliche EMG-Registrierung von mind. 2 Muskelgruppen (mind. 6h)		2.3	93,84
856A	Schlaffragebögen ESS+SSS inkl. Auswertung		1.8	48,40
75	schriftl. Krankheits- und Befundbericht		1.8	17,43
637A	Blutdruckmessung durch Pulswellenlaufzeitbestimmung		1,8	23,82
827A	Messung der Hirnströme zur Bestimmung der Schlafstadien		2.3	81,11
	Sachkosten WatchPad One		1.0	186,83
		Gesamtpreis		**495,94**

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