

**Gebührenverzeichnis**  
nach GOÄ\* für Individuelle Gesundheitsleistungen



Gesund sein - gesund bleiben.  
**GESUNDHEITS VORSORGE** **PLUS**

**aßmann** melanie  
& ulrich  
Fachärzte für Allgemeinmedizin

**NATURHEILVERFAHREN · NOTFALLMEDIZIN · PALLIATIVMEDIZIN**  
**AKUPUNKTUR · PROKTOLOGIE · REISEMEDIZIN**

\* Gebührenordnung für Ärzte. GOÄ-Ziffern und Gebührensätze werden auf der Rechnung ausgewiesen.

## VORSORGE

○ Intervall-Check inkl. Belastungs-EKG und Labor	EUR 90,-
○ Sonographie-Check der Oberbauchorgane	EUR 35,-
○ Gefäß-Check zur Schlaganfallprophylaxe	EUR 49,-
○ Kompletter Gefäß-Check mit Risikoeinschätzung	EUR 90,-
○ Ultraschalluntersuchung des Herzes (Echokardiographie)	EUR 55,-
○ Labordiagnostische Wunschleistungen	
○ Allergie (Nahrung/Inhalation) je	EUR 29,-
○ Diabetes-Früherkennung	EUR 23,-
○ Nierenschwäche	EUR 36,-
○ Herzleistungsschwäche	EUR 43,-
○ Schilddrüsenerkrankung	EUR 16,-
○ Magenerkrankung (H.pylori)	EUR 18,-
○ Reizdarm/Reizmagen	EUR 28,-
○ Prostata	EUR 19,-
○ Tumormarker Dickdarmkrebs CEA	EUR 30,-
○ Immunologischer Stuhltest	EUR 34,-
○ Spezielle Allergiediagnostik	EUR 29,-
○ Arteriosklerose-Test CRP	EUR 17,-
○ Harnblasen-Tumortest BCM	EUR 38,-
○ Leber-, Hoden-, Ovar-Tumortest AFP	EUR 30,-
○ Reisemedizinische Beratung inkl. Impfberatung	EUR 20,-

## THERAPIE

○ Akupunktur pro Sitzung	EUR 30,-
○ Regenerationskuren	
○ Entgiftung (je Infusion)	EUR 24,-
○ Hirnleistungssteigerung (je Infusion)	EUR 24,-
○ Vitalisierung (je Infusion)	EUR 24,-
○ Infektanfälligkeit (je Infusion)	EUR 24,-
○ Eigenblutbehandlung (je Injektion)	EUR 12,-
○ Vitalisierung (je Injektion)	EUR 9,-
○ Gedächtnis (je Injektion)	EUR 12,-
○ Ernährungsmedizinische Beratung zur Vorbeugung und/oder Gewichtsreduktion	EUR 60,-
Folgeberatung, nach Durchführung einer Kur zur Stabilisierung des Erfolgs	EUR 35,-
○ Naturheilkundliche Diagnostik und Therapie nach Aufwand und Umfang	EUR 15,- bis 60,-
○ Gutachten, Atteste, Bescheinigungen nach Aufwand und Umfang	EUR 5,- bis 45,-

# ERKLÄRUNG

## ZUR INANSPRUCHNAHME EINER PRIVATÄRZTLICHEN LEISTUNG

Name:

Vorname:

In Kenntnis meines Anspruches auf ausreichende, notwendige und wirtschaftliche Behandlungsweise zu kassenärztlichen Bedingungen wünsche ich die auf der Vorderseite angekreuzten ärztlichen Zusatzleistung(en). Die Vergütung richtet sich hierbei nach der amtlichen Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ). Mir ist bekannt, dass gem. § 12 SGB V diese von mir gewünschte(n) Zusatzvorsorgeleistung(en) nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehört/gehören. Es besteht daher kein Anspruch gegenüber meiner Krankenkasse auf Kostenerstattung. Umstände, die eine freie Willensentscheidung beeinträchtigen können, liegen nicht vor.

Den Gesamtbetrag in Höhe von

EUR

bezahle ich selbst.

Ich möchte heute keine Zusatzvorsorgeleistung.

Datum

Unterschrift