

## Sehr geehrte/r .....!

Sie sind ggf. zum Check-Up angemeldet. Die Krankenkasse zahlt hierbei folgendes

Laborvorsorgeprogramm: Urinuntersuchung, Cholesterin HDL LDL Triglyzeride, sowie Blutzucker.

Wir sind mit diesen wenigen Laborbefunden nicht befähigt, Ihnen ausreichend Auskunft zu geben, ob Störungen Ihrer Körperfunktionen vorliegen! Für die vorsorgliche Suche nach Krankheiten der Leber, Nieren, des Stoffwechsels oder Blutes benötigen wir weitere Laborinformationen.

Daher unterbreiten wir Ihnen das folgende Labor-Zusatzangebot, berechnet nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte GOÄ. Hierüber geht Ihnen spätestens am Jahresende eine Rechnung zu. Falls Untersuchungsergebnisse krankhaft ausfallen sollten, werden wir diese Befunde selbstverständlich weiter abklären! Die dabei entstehenden Kosten zahlt dann wieder Ihre Krankenkasse!

Zu Ihrer Orientierung besprechen wir unsere Empfehlungen vorab mit Ihnen. Bitte wählen Sie nun unter folgenden Untersuchungen: (Gewünschtes bitte unter 0 ankreuzen) Vergessen Sie nicht, den unten stehenden Kasten ebenfalls vollständig auszufüllen. Herzlichen Dank!

**0 Basislabor:** 24.72 € \*\* Blutbildübersicht, 2 Leber-1 Nieren- 1Knochenwert, Eisen, Harnsäure, Blutsenkung

**0 Wahlleistungslabor:** 39.50 € \*\* Großes Blutbild, Schilddrüse:TSH, Entzündungswert CRP, Elektrophorese, Harnsäure, Knochenwert, Eisen, Kalium, Natrium, Kalzium, Magnesium, Leberwertübersicht, LDH, Harnstoff- Krea.-Nierenwerte, Blutsenkung \*\* Betrag als Summe der GOÄ-Ziffern genannter Laborwerte.

**0 Immunologischer Test auf verstecktes Blut im Stuhl,** sofern nicht Kassenleistungs-Anspruch besteht 18.90 €

Beachten Sie bitte:

In den genannten Untersuchungen enthalten sind alle Materialkosten und die Kosten für die Erörterung der Laborergebnisse durch uns, Ihre Hausärzte. Für diese Leistungen fallen keine weiteren Kosten an!

Weitere IGeL Laboruntersuchungen sind ggf. sinnvoll. Diese werden von uns beim Institut für Labormedizin Dr. Stein u. Kollegen veranlasst, dort durchgeführt und Ihnen dort in Rechnung gestellt: Siehe \*\*\* unten.

**0 25OH-Vitamin D Risiko Osteoporose bei Mangel** 23.85 € \*\*\*

**0 PSA-Prostatatumormarker (eingeschränkt empfohlen)** 22.59 € \*\*\*

**0 Lipoprotein A Risikofaktor für Gefäßverkalkungen** 22.59 € \*\*\*

**0 SARS-COV-2- Antikörper IGG Durchgemachte Coronainfektion** 22,54 € \*\*\*

**0 Sonstiges Labor** bei Dr. Stein u.Koll \*\*\* : .....

Beachten Sie bitte: Bei diesen mit \*\*\* markierten Untersuchungen berechnen wir für **unseren Aufwand**

Probengewinnung/ Versand / Beratung) pauschal 14,14 € (nach GOÄ Ziff.:1x 2.132-250x1.8) zusätzlich!

### **Weiterte privatärztliche IGeL Angebote unserer Praxis**

(Leistungsziffern GOÄ in Klammern):

**0 Lungenfunktionsuntersuchung:** 19,28 € (605 x 1.367)

**0 Dopplermessung d. Beindurchblutung** 17.50 € (643 x 2.502 wg.Aufwands)

**0 Ruhe-EKG: Herzreizleitungstörung?** 17.72 € (650 x 2.0)

**0 Belastungs-EKG Durchblutung?Blutdruck?** 38,89 € (651x1.503)

**0 Ultraschall:** a) Nur Halsarterienverkalkung? 39,89 € (410/420x3/401red.)

**0** b) Nur Schilddrüsenknoten?: 23,26 € (417 x 1.9)

**0** c) Nur Bauch (Leber/Nieren/Milz/Aorta) 39,89 € (410/420x3/401red.)

**0 d)Ultraschall: Halsschlagadern Schilddrüse Bauch komplett:** 89 € (Ziff.GOÄ s.a-c)

**0 Akupunktur: große chinesische Anamnese** einmalig: 34.98 € (34 x 2.0)

anschließend je Behandlung 36.78 € (269Ax1.8)

**0 Ohr-Dauer-Akup. Rauch- o. Gewichtabnahme:** je Behandlung 30.80 € (269x1.5)

**0 Kinesiotape kleines/großes Gelenk z.Schmerzbehandlg.je Sitzg** 20.40 € (207x3.5)

**0 Beratung Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht je 30 min.** 49 € (34 nach Aufwand)

Liebe Patienten, wir bemühen uns, Ihnen sinnvolle und bezahlbare Leistungen anzubieten. Im Einzelgespräch sind die Helferinnen und wir vorab gerne bereit, anfallende Fragen zu klären!

Ich habe keine Fragen  Ich habe Fragen/Bemerkungen (bitte Rückseite nutzen)

Mir ist bekannt, dass die Krankenkasse im Sinne des .Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sicherstellt. Dennoch wünsche ich oben genannte Leistungen privat, obwohl sie nicht erstattungsfähig und von mir selbst zu zahlen sind.

Datum..... Unterschrift Pat./gesetzl.Vertreter/in.....

Bitte geben Sie dieses Blatt an der Anmeldung ab. Herzlichen Dank!

Ihre Dres. Ute Schwannecke, Dr. Thomas Weitershagen Dr. Alexa Landwehrs und Mitarbeiter\*innen.