



Patientenerklärung – Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen

Gelbfieberimpfung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Reiseland: _____

Ich wünsche die private Behandlung folgender Leistungen, die mir auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden.

Viele Krankenkassen ersetzen Ihnen mittlerweile die entstanden Kosten. Wir raten Ihnen die Kosten bei Ihrer Krankenkasse einzureichen.

Beratung zur Impfung (Indikation, Impfaufklärung)	GOÄ 3 (2,3fach)	20,11 Euro
Symptombezogene Untersuchung (auf Impffähigkeit)	GOÄ 5 (2,3fach)	10,72 Euro
Impfung (exklusive Impfstoff)	GOÄ 375 (2,3fach)	10,72 Euro

Hinzukommen die Kosten für den Impfstoff, den Sie mit einem Rezept über die Apotheke beziehen.

Es ist mir bekannt, dass diese Leistung(en) nicht zum Leistungskatalog meiner Krankenversicherung gehört/en und deshalb die Kosten von ihr auch im Normalfall nicht übernommen oder erstattet werden können.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Ärztin/Arzt