

Liebe*r Patient*in

Sie haben sich zum gesetzlichen Check-up angemeldet. Bei der dazugehörigen Blutuntersuchung dürfen wir lediglich den Blutzucker und das Gesamtcholesterin (bei HZV auch die Cholesterinuntergruppen) bestimmen. Wünschen Sie darüber hinaus weitere Untersuchungen, so müssen wie Ihnen hierfür eine Privatrechnung stellen.

Im Anhang finden Sie sinnvolle Ergänzungen zum Kassen-Check-up!

Name:		Vorname:		Geb.-Datum:	
Straße:				Ort:	
Telefon:		Handy:		E-Mail:	
Größe:	cm	Gewicht:	kg	Zigaretten pro Tag:	Alkohol pro Tag:
Wie häufig treiben Sie Sport?					
Ernährung:		Vegetarisch ☐	Vegan ☐	Fleischarm ☐	Fleischreich ☐

Eingenommene Medikamente:

Allergien:

Momentane Beschwerden:

Familienvorgeschichte

Kommen bei Ihren Blutsverwandten folgende Erkrankungen vor?

	Ja	Nein
Bluthochdruck	☐	☐
Herzinfarkt	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐
Hohe Blutfette	☐	☐
Zuckerkrankheit	☐	☐
Nierenerkrankungen	☐	☐
Lungenerkrankungen	☐	☐
Krebs	☐	☐

Eigene Vorgeschichte

Wurde bei Ihnen schon einmal folgende Erkrankungen festgestellt?

	Ja	Nein
Bluthochdruck	☐	☐
Herzinfarkt	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐
Hohe Blutfette	☐	☐
Zuckerkrankheit	☐	☐
Nierenerkrankungen	☐	☐
Lungenerkrankungen	☐	☐
Krebs	☐	☐

Bitte bringen Sie zum Besprechungs- bzw. Untersuchungstermin Ihren Impfausweis mit, damit wir ihn überprüfen können!

Schwaikheim, den

Unterschrift



Internistische Hausarztpraxis Röder

Frank Röder - Facharzt für Innere Medizin

Costia Röder - Fachärztin für Allgemeinmedizin, Ernährungsmedizin

Dr. med. Pia Sweet - Fachärztin für Allgemeinmedizin, angestellt

Bahnhofstraße 60 - 71409 Schwaikheim

Telefon: 07195-53866

Fax: 07195-966650

E-Mail: anfrage@praxis-frank-roeder.de Internet: www.praxis-frank-roeder.de

Bankverbindung

Deutsche Apotheker – & Ärztebank IBAN DE40 3003 0301 0107 4559 41

BIC DAAEDEDXXX

Kostenvoranschlag mit Honorarvereinbarung für Individuelle Gesundheitsleistung

Name:

Vorname:

Geb.-Dat:

Ich wünsche, durch die/den behandelnde(n) Ärztin/Arzt der Internistischen Hausarztpraxis Röder die folgenden Leistungen gemäß GOÄ §2 bis zum 3,5-fachen Satz in Anspruch zu nehmen:

Erweiterte bzw. Vorsorgeuntersuchung für gesetzlich Versicherte Patienten

Leistung	GOÄ-Nr.	Faktor	Betrag in Euro	Unterschrift
Labor/Blutuntersuchung (ggf. erweitert zum gesetzl. CheckUp)		1,15	ca. 36,41 €	
Labor PSA ¹			ca. 21,00 €	
Labor Vitamin D ¹			ca. 30,00 €	
Ultraschall Bauchraum	401I, 410I, 3x 420I	1,3	56,64 €	
Ultraschall Schilddrüse	401I, 417I	1,3	39,22 €	
Ultraschall Halsschlagader	645I	1,3	49,25 €	
Belastungs-EKG	652I	1,3	33,72 €	
EKG	651I	1,3	19,17 €	
Lungenfunktion	605I	1,3	18,34 €	
24-Std.-EKG	659I	1,3	30,31 €	
24-Std.-Blutdruck	654I	1,3	8,74 €	

Ich vereinbare hierfür ein Honorar entsprechend der von mir oben gewählten Leistungen.

Es ist mir bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Ich wünsche dennoch die oben aufgeführten Leistungen.

Ich weiß, dass die Behandlung nicht erstattungsfähig ist und dass der oben genannte Betrag von mir selbst zu tragen ist.

Schwaikheim, den

Frank Röder

Internistische Hausarztpraxis Röder

Unterschrift Patient*in

Frank Röder - Facharzt für Innere Medizin
Costia Röder - Fachärztin für Allgemeinmedizin, Ernährungsmedizin
Dr. med. Pia Sweet - Fachärztin für Allgemeinmedizin, angestellt
 Bahnhofstraße 60 - 71409 Schwaikheim
 Telefon: 07195-53866 Fax: 07195-966650
 E-Mail: anfrage@praxis-frank-roeder.de Internet: www.praxis-frank-roeder.de

Bankverbindung
 Deutsche Apotheker – & Ärztebank IBAN DE40 300 3030 1010 74559 41
 BIC DAAEDEDXXX

Kostenvoranschlag mit Honorarvereinbarung für Individuelle Gesundheitsleistung

Name:

Vorname:

Geb.-Dat:

Ich wünsche, durch die/den behandelnde(n) Ärztin/Arzt der Internistischen Hausarztpraxis Röder die folgenden Leistungen gemäß GOÄ §2 bis zum 3,5-fachen Satz in Anspruch zu nehmen:

Erweiterte bzw. Vorsorgeuntersuchung für gesetzlich Versicherte Patienten

Leistung	GOÄ-Nr.	Faktor	Betrag in Euro	Unterschrift
Labor/Blutuntersuchung (ggf. erweitert zum gesetzl. CheckUp)		1,15	ca. 36,41 €	
Labor PSA			ca. 21,00 €	
Labor Vitamin D			ca. 30,00 €	
Ultraschall Bauchraum	401I, 410I, 3x 420I	1,3	56,64 €	
Ultraschall Schilddrüse	401I, 417I	1,3	39,22 €	
Ultraschall Halsschlagader	645I	1,3	49,25 €	
Belastungs-EKG	652I	1,3	33,72 €	
EKG	651I	1,3	19,17 €	
Lungenfunktion	605I	1,3	18,34 €	
24-Std.-EKG	659I	1,3	30,31 €	
24-Std.-Blutdruck	654I	1,3	8,74 €	

Ich vereinbare hierfür ein Honorar entsprechend der von mir oben gewählten Leistungen.

Es ist mir bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Ich wünsche dennoch die oben aufgeführten Leistungen.

Ich weiß, dass die Behandlung nicht erstattungsfähig ist und dass der oben genannte Betrag von mir selbst zu tragen ist.

Schwaikheim, den

Frank Röder
 Internistische Hausarztpraxis Röder

Unterschrift Patient*in