

**Kostenübernahmeerklärung für eine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)**

**Erklärung des Patienten über die Inanspruchnahme von nicht in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommenen Gesundheitsleistungen**

Ich, \_\_\_\_\_  
 (Name, Vorname) (geboren am)

wünsche die Durchführung einer **Leistungsdiagnostik ohne Trainingsberatung**.

Mir ist bekannt, dass ich die Behandlungskosten in Höhe von derzeit \_\_\_\_\_ € zzgl. 2,33 € pro Laktatbestimmung privat nach dem jeweils gültigen Tarif der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) zu bezahlen habe, da diese Leistung nicht zum Leistungskatalog der Krankenversicherung gehört. Die Behandlungskosten setzen sich aus den einzeln erbrachten Leistungen zusammen, die aus dem u.a. Einzelnachweis zu ersehen sind.

Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse weder Anspruch auf Kostenerstattung noch Kostenbeteiligung habe.

( ) Bitte ankreuzen	GOÄ-Ziffer	Leistungsbeschreibung	Faktor	Betrag in €
	0003	Eingehende Beratung, ggf. telefonisch	2,3	20,11
	0007	Untersuchung eines Organsystems	1,0	9,33
	0748 A	Magergewichtsbestimmung, entspricht Hautdrainage, gemäß § 6 GOÄ	1,0	4,43
	0796 A	Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad- oder Laufbandergometer (physikalisch definierte und reproduzierbare Belastungsstufen) einschließlich Dokumentation, analog zu GOÄ Nr. 650	1,0	8,86
	0070	Kurze Bescheinigung (Zeugnis, AU)	1,0	2,33
	<b>Zwischensumme</b>			<b>45,06</b>
	<b>Spiroergometrie</b>			
	0606	Spiroergometrie	1,8	39,76
	0605 a	Flussvolumenkurve	1,0	8,16
	0617	Gasanalyse in der Expirationsluft	1,0	19,88
( )	0075	Ausführlicher Krankheits- und Befundbericht	1,0	7,58
	<b>Zwischensumme</b>			<b>75,38</b>
	<b>Laktatbestimmungen</b>			
	0077 A	Erstellung der Laktatleistungskurve und Ermittlung der Trainingsbereiche	2,3	20,11
	3560 A x ___ Anzahl	Laktatbestimmungen	___ x 1,0	
	<b>Zwischensumme</b>			
	<b>Gesamtsumme gemäß GOÄ</b>			

Ich verpflichte mich zur Zahlung der Gesamtkosten.

Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten.

Heidelberg, den \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. seines Vertreters  
(bei minderjährigen Patienten: des oder der  
Sorgeberechtigten)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes bzw. seines  
Abschlussbevollmächtigten

---

### **Einwilligung in die Datenweitergabe**

Ich erteile hiermit die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass das Universitätsklinikum Heidelberg die zur Abrechnung erforderlichen wesentlichen Daten der Behandlung, insbesondere solche aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Befunde, Behandlungsverläufe), auch soweit es sich dabei um „besondere Arten personenbezogener Daten“ i.S. v. § 3 Abs. 9 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) handelt, der damit beauftragten Abrechnungsstelle, der unimed Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH, Michael-Uwer-Straße 17-19, 66687 Noswendel, ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Inkassos zur Verfügung stellt. Insoweit entbinde ich das Universitätsklinikum Heidelberg bzw. die an der Behandlung beteiligten Ärzte ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Heidelberg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. seines Vertreters  
(bei minderjährigen Patienten: des oder  
der Sorgeberechtigten)