

Herrn  
Max Mustermann  
Musterstraße 1  
12345 Musterstadt

40 94863 00  
Dr. med. H. de Groot  
Facharzt für Augenheilkunde  
Marktplatz 1  
63065 Offenbach

Name und Anschrift des Patienten

Augenarzt

Vereinbarung über gewünschte Privatbehandlung  
**Optische Kohärenztomographie (OCT)**

Ich bin über die kohärenztomographische Untersuchung der Netzhaut/retinalen Nervenfaserschicht informiert worden

Ich wünsche eine Untersuchung mit dem optischen Kohärenztomographen.

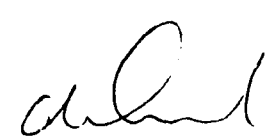
Kohärenztomographische Untersuchung				
GOÄ-Nr.	Leistungslegende	€-Betrag, Einfachsatz	Faktor	€-Betrag
Analog GOÄ 424	Optische Kohärenztomographie(OCT)	40,80	1,8	73,44
Rechnungsbetrag in €				<b>73,44</b>

Da diese augenärztliche Untersuchung keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist und die Kosten von dieser nicht übernommen werden, vereinbare ich eine Abrechnung nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gemäß obiger Aufstellung. Auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten wurde ich hingewiesen.

04.05.22

Datum

  
Unterschrift Patient/Patientin

  
Unterschrift Arzt/Ärztin

IBAN DE 83 3006 0601 0505 1379 18  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank

2022.04.05.22  
d. B.V.