



# Hausarztpraxis im Innenhof

Ihre Hausärztin für Familienmedizin und Allgemeinmedizin in Hamburg – Lohbrügge

## Patienteninformation Vorsorge

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Zusammenhang mit Ihrer Vorsorgeuntersuchung „Check-Up“ bzw. „Vorsorge Plus“ möchten wir Ihnen gerne weitere Informationen bereitstellen.

Zunächst einmal freuen wir uns, dass Sie sich zu einer Vorsorgeuntersuchung entschieden haben.

Sie erhalten Rückmeldung über eine Vielzahl von Parametern und im Gespräch mit der Ärztin ergeben sich häufig wertvolle Hinweise zur Verbesserung des Wohlbefindens. Sind einige Werte auffällig, so kann möglicherweise rechtzeitig gegengesteuert werden, bevor sich eine Krankheit manifestiert.

Die Vorsorgeuntersuchung umfasst 3 Komponenten:

1. Untersuchungen wie das Messen des Blutdrucks, die körperliche Untersuchung, die Testung Ihres Urins sowie die Abnahme einer Blutprobe
2. Die abschließende ärztliche Beratung, in der wir Sie über die Ergebnisse der Untersuchungen informieren. Wir geben Ihnen Hinweise für eine gesunde Lebensweise und vereinbaren weiterführende Untersuchungen oder eine entsprechende Behandlung, wenn eine Krankheit diagnostiziert wurde oder der Verdacht besteht.

Als Versicherter einer gesetzlichen Krankenkasse haben Sie das Recht, alle 2 Jahre eine Vorsorgeuntersuchung durchführen zu lassen. Dabei übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für folgende Untersuchungen:

- Messen des Blutdrucks
- Körperliche Untersuchung
- Urintest
- Bestimmung von Cholesterin und Zucker

Sofern Sie Interesse an der Bestimmung weitergehender Parameter haben, wählen Sie diese bitte direkt als individuelle Gesundheitsleistung aus oder sprechen uns **vor Ihrem Labortermine** darauf an, damit eventuell zusätzliche Blutproben berücksichtigt werden können.

Ihre Hausarztpraxis im Innenhof  
Dr. med. Ismene Kappos-Baxmann





# Hausarztpraxis im Innenhof

Ihre Hausärztin für Familienmedizin und Allgemeinmedizin in Hamburg – Lohbrügge

## Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname des Patienten)

\_\_\_\_\_  
(Straße, PLZ, Wohnort)

Hamburg, den \_\_\_\_\_

Ich wünsche die privatärztliche Behandlung durch Dr. med. Ismene Kappos-Baxmann mit folgenden individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), für die eine Rechnungsstellung auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt:

GOÄ-Ziffer	Leistung	Einfachsatz (€)	Faktor	Preis (€)	Ja	Nein
3557	Kalium	1,75	1,15	2,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3550	Blutbild	3,50	1,15	4,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3561	Glykierte Hämoglobine (HbA1)	11,66	1,15	13,41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3563H1	HDL-Cholesterin	2,33	1,15	2,68	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3564H1	LDL-Cholesterin	2,33	1,15	2,68	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3565H1	Triglyzeride	2,33	1,15	2,68	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3592H1	Gamma-GT	2,33	1,15	2,68	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3585H1	Kreatinin	2,33	1,15	2,68	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3583H1	Harnsäure	2,33	1,15	2,68	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3607	TPZ, Einfachbestimmung (Quick)	2,91	1,37	4,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
644	Direktionaler Doppler Extr.-arterien /venen	10,50	1,43	15,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
651	EKG,mindestens 9 Ableitungen	14,75	1,70	25,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Leistungen der Hausarztpraxis</b>						

Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zu den Leistungen meiner gesetzlichen Krankenkasse gehören und deshalb die Kosten von ihr eventuell nicht übernommen oder erstattet werden können.

Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis zur Liquidation dieser Leistungen über die PVS. Die dazu erforderlichen Daten dürfen an diese weitergeleitet werden. Weiterhin bestätige ich, dass ich die Vereinbarung auf meinen ausdrücklichen Wunsch schließe, ich wurde nicht zu ihr gedrängt.

Ich habe ein Exemplar dieser Vereinbarung erhalten.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel