

## Pulsierende Magnetfeldtherapie (PMT)

### Privatärztliche Leistung

Eine Leistung außerhalb der Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung

Vorname, Name \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass mir die anfallenden Kosten auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wie folgt in Rechnung gestellt werden:

#### Gesamthonorar bei 10 Sitzungen:

<u>GOÄ-Nr.:</u>	<u>Leistung</u>	<u>Faktor</u>	<u>Anzahl</u>	<u>Euro</u>
1	Beratung	2,3	1	10,72
5	Untersuchung	2,3	1	10,72
5802A	Magnetfeldtherapie	1,1	10	<u>128,26</u>
<b>Summe</b>				<b>149,70</b>

#### Gesamthonorar bei 15 Sitzungen:

<u>GOÄ-Nr.:</u>	<u>Leistung</u>	<u>Faktor</u>	<u>Anzahl</u>	<u>Euro</u>
1	Beratung	2,3	1	10,72
5	Untersuchung	2,3	1	10,72
5802A	Magnetfeldtherapie	1,1	15	<u>192,39</u>
<b>Summe</b>				<b>213,83</b>

Stade, den

Unterschrift Patient: