



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
A5802	Magnetfeldtherapie	1,1	10	<u>110,00</u>
Summe				131,44

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>165,00</u>
Summe				186,44

Stade, den

Unterschrift Patient: