



Dr. med. Katharina Lendholt
Praxis für Allgemeinmedizin
Leipziger Straße 26a - 04552 Borna

Tel.: 03433 2604701 - Fax: 03433 2607815
Email: info@praxis-lendholt.de

Kostenvoranschlag / Behandlungsvertrag für Individuelle Gesundheitsleistung 'LZ-EKG Screening (2x72h) auf paroxysmales Vorhofflimmern inkl. erweiterten dynamischen Lorenzplots/HRV-Analyse - zur Schlaganfall-/Demenzvorsorge'

Patientin: **Katharina Lendholt**, geb. am 25.10.1983

Im Rahmen der ärztlichen Beratung / Behandlung werden voraussichtlich u.g. Gebühren gemäß GOÄ anfallen. Meine Rechnungen werden von einer privatärztlichen Verrechnungsstelle (PVS Sachsen) bearbeitet, welche am Ende des Quartals die Rechnungserstellung, den Versand sowie die Überwachung des Zahlungseinganges und ggf. das Forderungsmanagement übernimmt. Die Mitarbeiter der PVS unterliegen - ebenso wie die Mitarbeiter einer Arztpraxis - gemäß §203 StGB den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes.

*Durch Ihre Unterschrift erteilen Sie Ihr Einverständnis, dass alle zur Rechnungserstellung notwendigen Daten (**Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungstag, Leistungsziffern nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen**) für die unten aufgeführten Leistungen an die PVS weitergeleitet und die Rechnungsforderungen an die PVS zum Einzug abgetreten werden.*

Diagnose(n):

Gesundheitsuntersuchung

Ziffer	Anzahl	Einfach	Faktor	Betrag	Leistungstext und Begründung
659	2	25,50	1,00	51,00	Elektrokardiographische Untersuchung über mindestens 18 Stunden (Langzeit-EKG) - gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger Registrierung von Puls und Atmung -, mit Auswertung
A636	2	24,50	1,00	49,00	analog: dynamische 15 minütige HRV/Pointcaré-Plots zur exakten Abklärung und Dokumentation bei Vd. VHF und ggf. Flimmerlast-Bestimmung

Nettobetrag: 100,00 €
Gesamtsumme: 100,00 €

Es ist mir bekannt, dass die genannten Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören und daher der genannte Betrag selbst zu tragen ist. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich umfassend über den Nutzen und die Risiken der Individuellen Gesundheitsleistung aufgeklärt wurde.

Borna, 24.04.2022

(Ort, Datum)

Unterschrift Arzt / Ärztin

Unterschrift Patient/in; Bevollmächtigte/r