

Datum: _____

Liquidation

Patient: _____

Geb.: _____

Diagnose: Reiseimpfberatung (Z71), ärztliche Allgemeinuntersuchung (Z00.0)

aufgrund der erbrachten ärztlichen Leistung erlaube ich mir folgende Leistungen nach GOÄ in Rechnung zu stellen. Die Vereinbarung schließe ich auf meinen ausdrücklichen Wunsch, ich wurde nicht dazu gedrängt.

_____ (Unterschrift Patient)

Datum	Ziffer	Leistungstext	Wert	Faktor	Betrag	Gesamtbetrag

	Anzahl					
	3	Eingehende Beratung mind. 10 min, ausführliches reisemedizinisches Beratungsgespräch	8,74 €	3,432	30,00 €	
	375	Schutzimpfung, spezielle Schutzimpfung im Rahmen einer Reise Name der Impfung: _____	4,66 €	3,218	15,00 €	
	377	Parallelimpfung (Parallelimpfung im Rahmen einer Reise)	2,91 €	3,436	10,00 €	
	75	Befundbericht, ausführlich, Zusammenstellung Reiseapotheke mit Erläuterung	7,58 €	1,98	15,00 €	
	70	Kurzbescheinigung, Ausstellung Attest Mitführung Medikamente	2,33 €	2,146	5,00 €	

Gesamtsumme: _____

Betrag bar bezahlt in Praxis (Stempel/Unterschrift) _____

Der Patient wurde von mir über die Kosten der Untersuchung aufgeklärt

_____ (Unterschrift Arzt)