

Name und Anschrift des Patienten

Augenarzt

Vereinbarung über gewünschte Privatbehandlung

Augenärztliche Bescheinigung an Stelle eines Sehtests

Diese Bescheinigung/Untersuchung ist/sind keine Leistung/en der gesetzlichen Krankenkasse. Ich vereinbare daher eine Abrechnung nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten wurde ich hingewiesen.

Ich wünsche eine Sehtestbescheinigung

Sehtestbescheinigung		Alte Bundesländer		
GOÄ-Nr.	Leistungslegende	€-Betrag, Einzelsatz	Faktor	Betrag
70	Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis	2,33	4,291	10,00 €
Summe				10,00 €

Ich wünsche Untersuchungen zur Sehtestbescheinigung

Fakultative Leistungen bei Sehtestbescheinigung		Alte Bundesländer		
GOÄ-Nr.	Leistungslegende	€-Betrag, Einzelsatz	Faktor	Betrag
1	Beratung	4,66	1,235	5,76 €
1200	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärischen Gläsern	3,44	1,235	4,25 €
Summe				10,01 €

Rechnungsbetrag €

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient/Patientin

.....
Unterschrift Arzt/Ärztin