

### Kostenvoranschlag Erstuntersuchungstermin Selbstzahler (GKV) und Privatversicherte (PKV)

Zwischen

Dr. med. Malte Killisch

und

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname, Geburtsdatum

In meiner Erstuntersuchung höre ich Ihnen genau zu und ich nehme mir Zeit für Sie, um von Kopf bis Fuß nicht nur Ihre Körperhaltung, Fußstellung, Beinachse und Wirbelsäule zu untersuchen, sondern wir finden gemeinsam heraus, an welchen Stellschrauben ich und vor allem Sie ansetzen können, um Ihre persönlichen Ziele zu erreichen.

Sollten im Rahmen des Ersttermins weitere Leistungen wie beispielsweise eine Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung, eine Schmerztherapie mittels Stoßwelle oder eine Lasertherapie notwendig sein und Sie die Durchführung der Leistungen wünschen, werden diese Leistungen ebenfalls nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet.

**Der Kostenvoranschlag dient dazu, Ihnen eine grobe Orientierung zu geben. Der Ansatz der tatsächlichen Steigerungsfaktoren hängt vom zeitlichen Aufwand und der individuellen Untersuchungssituation ab.**

GOÄ-Ziffer	Leistung/Legende	Faktor	Betrag in € <sup>1</sup>
29	Ausführliche Gesundheitsuntersuchung	3,5	89,76
34	Erörterung der Untersuchungsergebnisse mit Auswirkung auf die Lebensgestaltung	3,5	61,20
800	Neurologische Untersuchung	3,5	39,78
A78	Erstellen eines Behandlungsplans analog zur GOÄ 78	3,5	36,72
<sup>1</sup> es fällt keine MwSt an		<b>Summe A</b>	<b>227,46</b>
<b>- optional bei Notwendigkeit in Rücksprache mit Ihnen</b>			
410	Ultraschalluntersuchung eines Organs	3,5	40,80
401	Sonographie	1,0	23,31
420 bis zu 3x	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Bereichen	3,5	48,96
<sup>1</sup> es fällt keine MwSt. an		<b>Summe B</b>	<b>113,07</b>

Dieser Kostenvoranschlag gilt für den Termin der Erstuntersuchung. Weitere Termine können abhängig von den durchgeführten Leistungen davon abweichen.

Ich habe ein Exemplar dieses Kostenvoranschlages erhalten und bin mit dem Vorgehen einverstanden. Ich wünsche die o.g. Leistungen. Dies bestätige ich durch meine Unterschrift.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzliche/-r Vertreter/-in