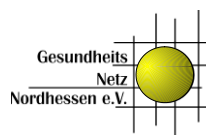


Krankenkasse bzw Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum



Abrechnung Diagnostik prä-OP / prästationär

An den
weiterbehandelnden Arzt / Operateur

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

☐ Die/der oben Genannte wurde von uns präoperativ / prästationär versorgt .

☐ Eine Anforderung des Operateurs / stationär betreuenden Arztes liegt vor.

Datum der OP / stationären Behandlung:



Wir haben bei dieser/m Patientin/en folgende Leistungen erbracht :

Datum	GOÄ	Leistungsbeschreibung	1,0 x €	Multiplikator	€		<40J	>40J
	1	Beratung	4,66	1,8	8,39		8,39	8,39
	8	Ganzkörperstatus;	15,15	1,8	27,27		27,27	27,27
	651	Ruhe-EKG+ schriftlicher Befund (nur im Bedarfsfall oder über 40. Lebensjahr)	14,75	1	14,75			14,75
	605	Ruhe-Spirometrie+ schriftlicher Befund (nur im Bedarfsfall)	14,11	1	14,11			
	75	Bericht	7,58	1,8	13,64		13,64	13,64
	95	Schreibgebühren je DIN A4 Seite	3,50	1	3,50		3,50	3,50
	250	Blutentnahme (nur im Bedarfsfall oder über 40. Lebensjahr)	2,33	1,8	4,19			4,19
	3550	kleines Blutbild	3,50	1	3,50			3,50
	3557	Kalium	1,75	1	1,75			1,75
	3560	Glucose	2,33	1	2,33			2,33
	3585	Kreatinin	2,33	1	2,33			2,33
	3592	GGT	2,33	1	2,33			2,33
	3607	Quick / INR	2,91	1	2,91			2,91
	4030	TSH (nur wenn indiziert)	14,57	1	14,57			
		Summe					52,80	86,89

(Diese Leistungen waren ausschließlich operations- / behandlungsbedingt erforderlich; uns ist bekannt, dass eine Doppelabrechnung dieser Leistungen z.B. im Rahmen der Regelversorgung selbstverständlich nicht möglich ist)

Wir bitten um zeitnahe Überweisung des Honorars auf:

Konto:

Bei der:

BLZ:

Arztstempel + Datum + Unterschrift