

CORONA-DIAGNOSTIK
als Selbstzahlerleistung

Name _____ Vorname _____ Geb.datum _____

Bei mir wird auf eigenen Wunsch eine Untersuchung auf eine Corona-Virus-Infektion durchgeführt, deren Kosten gewöhnlich nicht von der Krankenkasse/-Versicherung erstattet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Kosten, die für die von mir gewünschten Untersuchungen anfallen, auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden.

Folgende Kosten entstehen bei den in Frage kommenden Untersuchungen (Zutreffendes angekreuzt):

Ziffer	Erklärung	1 fach	Faktor	Betrag
1	Beratung vor Test	4,66	2,3	10,72 Euro
A245	Zuschlag erhöhter Hygieneaufwand	6,41	1,0	6,41 Euro
250	Blutentnahme	2,33	1,8	4,20 Euro
4400	SARS-CoV-2-IgG (<i>Antikörpertest</i>)	17,49	1,15	20,10 Euro
298	Entnahme von <i>Abstrich</i> -Material	2,33	2,3	5,36 Euro
A4648	<i>Antigen- Schnelltest im Abstrich</i>	14,57	1,0	14,57 Euro
	<i>Corona-PCR im Abstrich</i>			*
2. Termin/Telefonat:				
1	Beratung bezüglich Testergebnis	4,66	2,3	10,72 Euro
Porto	Porto			0,80 Euro
Summe				<input type="text"/> Euro

*Die PCR-Untersuchung des Abstriches erfolgt in einem Fremdlabor und wird von diesem in Rechnung gestellt (Kosten variieren).

Ich bin mit der Untersuchung auf meine Kosten einverstanden.

Bonn, den _____

Unterschrift Patient

Unterschrift Praxis
Betrag bezahlt

Malteser Lungen- und Allergiezentrum Bonn

Weberstraße 118
53113 Bonn
Telefon Praxis: 0228 213071
Telefax: 0228 219124
allergologie@malteser-mvz.de

Bank für Sozialwirtschaft
BIC: BFSWDE33XXX
IBAN: DE36 3702 0500 0001 0401 00
Steuernr.: 218/5761/1133 (Organträger)

Träger:
Medizinisches Versorgungszentrum Lungen- und
Allergiezentrum, Bonn
Amtsgericht Bonn, HRB 16730
Ärztlicher Leiter:
Dr. Marcus Joest