

Vereinbarung von Wunschleistungen (IGeL)

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

Dr. med. Sylvie Etrich

Friedrichstraße 5
72072 Tübingen
Tel 07071 9395003
Fax 07071 9395004
www.praxis-etrich.de

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Sorgeberechtigte,

einige Leistungen wie ärztliche Atteste und fachärztliche Stellungnahmen sind nicht im Versorgungsumfang der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung enthalten. Solche Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) können gerne beauftragt werden, die Kosten müssen nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt werden.

Zwischen **Frau Dr. med. Sylvie Etrich** (behandelnde Ärztin) und

Patient(in) _____ **geb. am** _____

Adresse _____

wird die Durchführung folgender Wunschleistung vereinbart (bitte ankreuzen):

- Offizielle Bescheinigung für das Mitführen von Medikamenten nach BtMG bei Reisen innerhalb und außerhalb des Schengener Raums (bitte Urlaubsland, Reisezeitraum, Reisedauer, Geburtsort, Staatsangehörigkeit und Nummer von Reisepass oder Ausweis des Patienten mitteilen)

Kosten: 8 Euro, ggf. zzgl. Portokosten

- Kurze Bescheinigung (z.B. kinder- und jugendpsychiatrische Stellungnahme bei eingeschränkter Fähigkeit zur Teilnahme am Unterricht für die Schule; einfaches Formular für die Versicherung)

Kosten: ca. 8 bis 20 Euro je nach Umfang und Aufwand, ggf. zzgl. Portokosten

- Umfangreiche Bescheinigung (ausführliche kinder- und jugendpsychiatrische Stellungnahme)

Kosten: ca. 20 bis 35 Euro je nach Umfang und Aufwand, ggf. zzgl. Portokosten

- Ausführlicher fachärztlicher Befundbericht (z.B. gutachterliche Stellungnahme zur Vorlage beim Jugendamt im Rahmen einer geplanten Eingliederungshilfe bei Entwicklungsstörungen, ADHS, Autismus)

Kosten: ca. 35 bis 60 Euro je nach Umfang und Aufwand, ggf. zzgl. Portokosten

Durch meine Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis mit o. g. Regelungen. Mir ist bekannt, dass die Kosten für o. g. Leistungen zulasten des privaten Auftraggebers gehen.

Patient(in):

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Sorgeberechtigte(r):

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Sorgeberechtigte(r):

(Ort, Datum)

(Unterschrift)