

Einwilligung IGeL Leistung

Ich _____ (Vor- und Nachname), willige für folgende Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) ein.

(zutreffendes bitte Ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Akupunktur (Ohr-und/oder Körperakupunktur)	je nach Aufwand pro Sitzung	50-80€
<input type="checkbox"/> Eigenblutbehandlung (10 Sitzungen), ohne Medikament		150€
<input type="checkbox"/> Medivitan Aufbauspritze, ohne Medikament	je Spritze	10€
<input type="checkbox"/> Keltican i.m. Injektion, ohne Medikament	je Spritze	10€
<input type="checkbox"/> Vertigoheel i.m/i.v. Injektion, ohne Medikament	je Spritze	10€
<input type="checkbox"/> Vitamin C Infusion	je Infusion	50€
<input type="checkbox"/> Infusion Vit C, Aminosäuren und Alphaliponsäure	je Infusion	150€
<input type="checkbox"/> Piracetam Infusion, ohne Medikament	je Infusion	30€
<input type="checkbox"/> Vertigoheel Infusion, ohne Medikament	je Infusion	30€
<input type="checkbox"/> Reise-/Impfberatung, ohne Impfstoff		20€
<input type="checkbox"/> Erstellung einer Patientenverfügung		50€
<input type="checkbox"/> Übersetzung von medizinischen Dokumenten aus dem Ausland (Russisch,Ukrainisch,Englisch,Japanisch) je nach Umfang		20-50€
<input type="checkbox"/> Atteste/Bescheinigungen	je nach Umfang	5-20€

Mir ist bewusst, dass IGeL- Leistungen nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden und ich die Leistung Bar oder per Rechnung an die Praxis Sulimanova/Kardonski zahlen muss.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

€
Gesamt