

**Honorarvereinbarung über die Privat- ärztliche Abrechnung von Leistungen ausserhalb der Erstattungspflicht der GKV bzw. PKV:**

Ich möchte die markierten bzw. unten aufgeführten Leistungen durchführen lassen.

Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschten Leistungen in meinem Fall evtl. nicht von der gesetzlichen bzw. privaten Krankenkasse übernommen werden. Ich werde die Kosten der Laboranlaysen und die Leistungen meines behandelnden Arztes gemäß dieser Liste nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 1996) selbst tragen.

Mir ist ferner bekannt, dass für meine Krankenversicherung keine Verpflichtung besteht, die Kosten ganz oder anteilig zu übernehmen.

**Reisemedizin:**

• EUROPA	3 A (2,3)	20,11 €
• WELT ( 1 Land)	3 A ( 3,5)	30,60 €
• WELT ( 2-3 Länder)	34 A ( 2,3)	40,22 €
• WELT ( > 4 Länder )	34 A ( 3,5)	61,20 €
• Einzelimpfung	375 (2,3)	10,72 €
• Parallelimpfung	377 ( 2,3)	6,70 €
• Gelbfieberimpfung inklusive Impfstoff		100, 82 €

---

Ort und Datum

---

Unterschrift