



Erklärung über die Inanspruchnahme einer individuellen Gesundheitsleistung (IGeL)

Ich,

(Name, Vorname des Erziehungsberechtigten)

wohnhaft in

wünsche die Durchführung des

Amblyopiescreening

für mein Kind

(Name, Vorname des Kindes)

geboren am

GOÄ	Leistungstext	Grundsatz	Faktor	Betrag
A1259	Amblyopiescreening	14,11 €	1,35	19,05 €
Gesamt				19 €

Mir ist bekannt, dass ich diese vorgenannte individuelle Gesundheitsleistung privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen habe, da diese Leistung nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehört.

.....
(Datum und Unterschrift Versicherter / Erziehungsberechtigter)