



## Erklärung über die Inanspruchnahme einer individuellen Gesundheitsleistung (IGeL)

Ich, .....

(Name, Vorname des Erziehungsberechtigten)

wohnhaft in .....

wünsche die Durchführung der

### Impedanzmessung der Ohren

für mein Kind .....

(Name, Vorname des Kindes)

geboren am .....

GOÄ	Leistungstext	Grundsatz	Faktor	Betrag
1407	Impedanzmessung	10,61 €	1,42	15,07 €
<b>Gesamt</b>				<b>15 €</b>

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)