

Erklärung

über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen

Name, Vorname

Geburtsdatum:

Anschrift:

Ich wünsche die Durchführung der folgenden individuellen Gesundheitsleistung (en):

Testosteron- Test

Immunologische Testosteronbestimmung

Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte ärztliche Leistung nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehört, und dass die Liquidation für diese Leistung auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt.

Testosteronbestimmung:

- Einmalige Untersuchung - 23.46 Euro

Ort, Datum

Unterschrift