

Vereinbarung über gewünschte Privatbehandlung

Gutachten/Zeugnis über das Sehvermögen nach Fahrerlaubnisverordnung (FeV)
Führerscheinklassen B, BE, C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E und die
Fahrgastbeförderung



Augenarztpraxis
Candrea

Name und Anschrift des Patienten	Augenarzt
----------------------------------	-----------

Untersuchungen nach der Fahrerlaubnisverordnung sind keine Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse. Ich vereinbare daher eine Abrechnung nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gemäß der Leistungs- und Abrechnungsaufstellung. Auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten wurde ich hingewiesen.

Ich wünsche eine Untersuchung mit Zeugnis/Gutachten nach Fahrerlaubnisverordnung (FeV) für die Führerscheinklassen B, BE, C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E und die Fahrgastbeförderung

**Untersuchung mit Gutachten/Zeugnis über das Sehvermögen nach Fahrerlaubnisverordnung (FeV)
Führerscheinklassen B, BE, C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E und die Fahrgastbeförderung**

GOÄ-Nr.	Leistungslegende	€-Betrag, Einfachsatz	Faktor	Betrag
1	Beratung - ggf. auch telefonisch	4,66	2,3	10,71 €
1200	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärischen Gläsern	3,44	2,3	7,90 €
1216	Untersuchung auf Heterophorie	5,30	2,3	12,19 €
1226	Projektionsperimetrie	10,61	2,3	24,40 €
1228	Farbsinnprüfung mit Pigmentproben	3,56	2,3	8,18 €
1234	Untersuchung des Dämmerungssehens ohne Blendung	5,30	2,3	12,19 €
1235	Untersuchung des Dämmerungssehens während der Blendung	5,30	2,3	12,19 €
1240	Spaltlampenmikroskop der vorderen und mittleren Augenabschnitte, ggf. einschl. Binokularer Untersuchung des hinteren Poles	4,31	2,3	9,91 €
1256	Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Applanationstonometers	5,83	1,8	10,49 €
80	Schriftliche gutachterliche Äußerung	17,49	1,8	31,48 €
Rechnungsbetrag				139,64 €

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient/Patientin

.....
Unterschrift Arzt/Ärztin