



Vereinbarung über Wunschleistungen

Dr. med. Frank Dörner

Köpenicker Str. 1 • 10997 Berlin

Telefon: +49 176 6687 2149

www.schnelltest-berlin.de

Email: praxis@schnelltest-berlin.de

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Adresse)

Ich begehre auf meinen ausdrücklichen Wunsch die Durchführung der nachfolgenden ärztlichen Leistungen.

Ich bin insbesondere darüber aufgeklärt worden, dass die Leistungen über das Maß einer allgemeinen Versorgung hinausgehen und ich somit verpflichtet bin, die im folgenden genannten ärztlichen Leistungen privat, d.h. eigenständig, nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen und somit die Erstattung der Kosten durch Erstattungsstellen nicht oder nicht im vollen Umfang gewährleistet sein kann.

Die Untersuchung der Probe wird mittels eines Covid-19 Ag Rapid Test/ Antigen Schnelltest durchgeführt.

Mir ist bekannt, dass ein negatives Ergebnis eine frische Infektion nicht zwingend ausschließt.

Dieser Test ist folglich nur eine Momentaufnahme für den Testzeitpunkt.

Ich bin weiterhin darüber informiert, dass – **sobald dieser Test positiv ausfällt** – das positive Testergebnis unverzüglich dem Gesundheitsamt gemeldet werden muss.

Die Abrechnung für die Durchführung des Tests erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), in der jeweils gültigen Fassung. Die hiermit vereinbarten ärztlichen Leistungen werden mit folgenden Beträgen vergütet:

Untersuchung analog der GOÄ – Ziffern	Gebührennummer/GoÄ-Ziffer	Faktor	Preis
Beratungsgespräch, Kurzanamnese/Aufklärung Befundbericht	1	2,3	10,72
Hygieneziffer analog GOÄ 245	245a	1,0	6,41
Abstrichentnahme Mikrobiologie	298	2,3	5,36
CoViD- 19 Antigentest	4644	1,15	16,76
Gesamtsumme			39,25 €

Ich bin damit einverstanden, dass mir der Endbefund per E-Mail zugestellt wird, innerhalb 60 Minuten, ab Testdurchführung.

Datum/Unterschrift Patient
(bei minderjährigen Patienten Unterschrift
des oder der Sorgeberechtigten; bei nicht
einsichtsfähigen Personen Unterschrift
des gesetzlichen Vertreters)

Unterschrift Arzt