



PriMa: Präventive individuelle Maßnahmen

A. Früherkennungs-Leistungen:

A.1 Blut- bzw. Laboranalysen:

A.1.1: Laborleistungen in der eigenen Praxis:

(Bezeichnung der Leistung)	(Ziffer)	(Gebühr)	(x)	= Euro
<input type="checkbox"/> Blutentnahme	250	2,33	1,80	4,19
<input type="checkbox"/> BSG	3501	3,50	1,15	4,03
<input type="checkbox"/> Testung auf verdecktes Blut im Stuhl	3500	5,25	1,15	6,04

A.1.2: Leistungen aus der Laborgemeinschaft bzw. aus dem Fremdlabor:

(Bezeichnung der Leistung)	(Ziffer)	(Gebühr)	(x)	= Euro
<input type="checkbox"/> Blutbild	3550	3,50	1,15	4,03
<input type="checkbox"/> Differenzial-BB	3551	1,17	1,15	1,35
<input type="checkbox"/> Calcium	3555	2,33	1,15	2,68
<input type="checkbox"/> Chlorid	3556	1,75	1,15	2,01
<input type="checkbox"/> Kalium	3557	1,75	1,15	2,01
<input type="checkbox"/> Natrium	3558	1,75	1,15	2,01
<input type="checkbox"/> Glucose	3560	2,33	1,15	2,68
<input type="checkbox"/> HbA1c	561	11,66	1,15	13,41
<input type="checkbox"/> Cholesterin	3562H1	2,33	1,15	2,68
<input type="checkbox"/> HDL	3563H1	2,33	1,15	2,68
<input type="checkbox"/> LDL	3564H1	2,33	1,15	2,68
<input type="checkbox"/> Triglyceride	3565H1	2,33	1,15	2,68
<input type="checkbox"/> Harnsäure	3583H1	2,33	1,15	2,60
<input type="checkbox"/> Harnstoff	3584H1	2,33	1,15	2,68
<input type="checkbox"/> Kreatinin	3585H1	2,33	1,15	2,68
<input type="checkbox"/> GGT	3592H1	2,33	1,15	2,68
<input type="checkbox"/> GOT	3594H1	2,33	1,15	2,68
<input type="checkbox"/> GPT	3595H1	2,33	1,15	2,68
<input type="checkbox"/> LDH	3597H1	2,33	1,15	2,68
<input type="checkbox"/> Lipase	3598H1	2,91	1,15	3,35
<input type="checkbox"/> Eisen	3620	2,33	1,15	2,68
<input type="checkbox"/> Magnesium	3621	2,33	1,15	2,68
<input type="checkbox"/> Blutgruppe mit Rhesusformel	3983	29,14	1,15	33,51

A.2 Ultraschalluntersuchungen:

(Bezeichnung der Leistung)	(Ziffer)	(Gebühr)	(x)	= Euro
<input type="checkbox"/> Oberbauch, ein Organ	410	11,66	2,30	26,82
<input type="checkbox"/> Oberbauch, je weiteres Organ (max. bis zu 3x)	420	4,66	2,30	10,72
<input type="checkbox"/> Komplette Sonographie der Oberbauchorgane				58,98
<input type="checkbox"/> Schilddrüse	417	12,24	2,30	28,15

Hiermit erkläre ich mich bereit, die gewünschten und derzeit nicht zu Lasten der GKV erbringbaren Leistungen auf Basis der aktuell gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu erstatten.

Summe: _____

Ort/Datum, Name _____

Unterschrift _____



A.3 Lungenuntersuchungen:

(Bezeichnung der Leistung)	(Ziffer)	(Gebühr)	(x)	= Euro
<input type="checkbox"/> Lungenfunktionsprüfung	605	14,11	1,8	25,40
<input type="checkbox"/> Fluss-Volumen-Kurve	605a	8,16	1,8	14,69

A.4 Herz-Kreislauf-Untersuchungen:

(Bezeichnung der Leistung)	(Ziffer)	(Gebühr)	(x)	= Euro
<input type="checkbox"/> EKG	651	14,75	1,8	26,55
<input type="checkbox"/> Belastungs-EKG	652	25,94	2,3	59,66
<input type="checkbox"/> Langzeit-Blutdruckmessung	654	8,74	1,8	15,73
<input type="checkbox"/> Langzeit-EKG	659	23,31	1,8	41,96

A.5 Zusätzliche (vorzeitige) Gesundheitsuntersuchung:

(Bezeichnung der Leistung)	(Ziffer)	(Gebühr)	(x)	= Euro
<input type="checkbox"/> Gesundheitsuntersuchung (ggf. zuzüglich Laborkosten, siehe A.1)	29	25,65	2,3	59,00

A.6 Zusätzliche (vorzeitige) Krebs-Früherkennungsuntersuchungen:

(Bezeichnung der Leistung)	(Ziffer)	(Gebühr)	(x)	= Euro
<input type="checkbox"/> Hautkrebs-Screening	1+7	13,99	2,3	32,18
<input type="checkbox"/> Prostata- und Enddarm	28	16,32	2,3	37,54

B. Freizeit-, Urlaubs-, Sport- und Berufs-Leistungen:

B.1 Reisemedizinische Beratung und Impfungen:

(Bezeichnung der Leistung)	(Ziffer)	(Gebühr)	(x)	= Euro
<input type="checkbox"/> Impfberatung	1	4,66	2,3	10,72
<input type="checkbox"/> Symptombezogene Untersuchung	5	4,66	2,3	10,72
<input type="checkbox"/> Impfung (zuzüglich Kosten für Impfserum)	375	4,66	2,3	10,72

B.2 Reise- bzw. Flugtauglichkeitsuntersuchung:

(Bezeichnung der Leistung)	(Ziffer)	(Gebühr)	(x)	= Euro
<input type="checkbox"/> Beratung	1	4,66	2,3	10,72
<input type="checkbox"/> Ganzkörperstatus	8	15,15	2,3	34,85
<input type="checkbox"/> EKG	651	14,75	1,8	26,55
<input type="checkbox"/> Befundbericht	70	2,33	2,3	5,36
<input type="checkbox"/> optional: zusätzliches Belastungs-EKG	652	25,94	2,3	59,66

Hiermit erkläre ich mich bereit, die gewünschten und derzeit nicht zu Lasten der GKV erbringbaren Leistungen auf Basis der aktuell gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu erstatten.

Summe: _____

Ort/Datum, Name

Unterschrift



B.3 Tauchtauglichkeitsuntersuchung:

(Bezeichnung der Leistung)	(Ziffer)	(Gebühr)	(x)	= Euro
<input type="checkbox"/> Beratung	1	4,66	2,3	10,72
<input type="checkbox"/> Ganzkörperstatus	8	15,15	2,3	34,85
<input type="checkbox"/> EKG	651	14,75	1,8	26,55
<input type="checkbox"/> Lungenfunktion	605/605a	22,27	1,8	40,09
<input type="checkbox"/> Befundbericht	70	2,33	2,3	5,36
<input type="checkbox"/> optional: zusätzliches Belastungs-EKG	652	25,94	2,3	59,66
<input type="checkbox"/> optional: zusätzliche Ultraschall-Untersuchung des Herzens (siehe D3)				

B.4 Verkehrstauglichkeitsuntersuchung:

(Bezeichnung der Leistung)	(Ziffer)	(Gebühr)	(x)	= Euro
<i>PKW (privat):</i>				
<input type="checkbox"/> Beratung	1	4,66	2,3	10,72
<input type="checkbox"/> Ganzkörperstatus	8	15,15	2,3	34,85
<input type="checkbox"/> EKG	651	14,75	1,8	26,55
<input type="checkbox"/> Befundbericht	70	2,33	2,3	5,36
<input type="checkbox"/> Labor (Blutentnahme, kl. BB, BZ, Krea, GGT) siehe A.1.	2	16,25		
<i>LKW, Bus, Taxi (gewerblich):</i>				
<input type="checkbox"/> Beratung	1	4,66	2,3	10,72
<input type="checkbox"/> Ganzkörperstatus	8	15,15	2,3	34,85
<input type="checkbox"/> EKG	651	14,75	1,8	26,55
<input type="checkbox"/> Schriftliches Gutachten	80	17,49	2,3	40,23
<input type="checkbox"/> Labor (Blutentnahme, kl. BB, BZ, Krea, GGT) siehe A.1.	2	16,25		

C Service-Leistungen:

C.1 Atteste, Bescheinigungen, Gutachten:

Kurze Bescheinigung oder Attest, z.B. für Kindergarten, Schule, Praktikum, Bonusprogramme der Krankenkassen, Beihilfe, Inkontinenzbescheinigungen, Medikamentenbescheinigungen etc.

(Bezeichnung der Leistung)	(Ziffer)	(Gebühr)	(x)	= Euro
<input type="checkbox"/> Befundbericht (DIN A5)	70	2,33	2,3	5,36
<input type="checkbox"/> Ausführlicher Befundbericht (DIN A4)	75	7,58	2,3	17,43

C.2 Fragebogen der Seniorenheime:

(Bezeichnung der Leistung)	(Ziffer)	(Gebühr)	(x)	= Euro
<input type="checkbox"/> Krankheits-/Befundbericht (eine Seite)	75	7,58	2,3	17,43
<input type="checkbox"/> Krankheits-/Befundbericht (mehrere Seiten)	75	7,58	3,5	26,53

C.3 Reiserücktritt:

(Bezeichnung der Leistung)	(Ziffer)	(Gebühr)	(x)	= Euro
<input type="checkbox"/> Beratung	1	4,66	2,3	10,72
<input type="checkbox"/> Schriftliches Gutachten	80	17,49	2,3	40,23

Hiermit erkläre ich mich bereit, die gewünschten und derzeit nicht zu Lasten der GKV erbringbaren Leistungen auf Basis der aktuell gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu erstatten.

Summe: _____

Ort/Datum, Name _____

Unterschrift _____



C.4 Anfragen von Lebensversicherungen:

(Bezeichnung der Leistung)	(Ziffer)	(Gebühr)	(x)	= Euro
<input type="checkbox"/> Schriftliches Gutachten	80	17,49	3,5	61,22

C.5 Patientenverfügungen:

(Bezeichnung der Leistung)	(Ziffer)	(Gebühr)	(x)	= Euro
<input type="checkbox"/> Feststellung der Einsichtsfähigkeit (analog)	A5	4,66	2,3	10,72
<input type="checkbox"/> Erhebung der Anamnese (analog)	A860	53,62	2,3	123,33

C.6 Injektion eines nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen verordnungsfähigen Arzneimittels:

(Bezeichnung der Leistung)	(Ziffer)	(Gebühr)	(x)	= Euro
<input type="checkbox"/> Beratung	1	4,66	2,3	10,72
<input type="checkbox"/> Intramuskuläre Injektion	252	2,33	2,3	5,36
<input type="checkbox"/> (alternativ: ggf. Injektion durch MFA)	252	2,33	1,8	4,19
<input type="checkbox"/> Intravenöse Injektion	253	4,08	2,3	9,38

(jeweils zuzüglich Kosten für Arzneimittel)

D Kardiologische Leistungen:

D.1 Artheroskleroserisiko-Screening:

(Bezeichnung der Leistung)	(Ziffer)	(Gebühr)	(x)	= Euro
<input type="checkbox"/> Wanddickenmessung Halsschlagader (1.Seite)	410	11,66	2,3	26,82
<input type="checkbox"/> Wanddickenmessung Halsschlagader (2.Seite)	420	4,66	2,3	10,72
<input type="checkbox"/> Beratung zu vorgenannten Leistungen	1	4,66	2,3	10,72

D.2 Ultraschall Halsgefäße:

(Bezeichnung der Leistung)	(Ziffer)	(Gebühr)	(x)	= Euro
<input type="checkbox"/> Sonographie A.carotis rechts	410	11,66	2,3	26,82
<input type="checkbox"/> Sonographie A.carotis links	420	4,66	2,3	10,72
<input type="checkbox"/> Sonographie A.vertebralis rechts	420	4,66	2,3	10,72
<input type="checkbox"/> Sonographie A.vertebralis links	420	4,66	2,3	10,72
<input type="checkbox"/> Zuschlag bei Duplex-Verfahren	401	23,31	1,0	23,31
<input type="checkbox"/> Zuschlag bei Frequenzspektrumanalyse (nicht neben Ziffer 645)	404	14,57	1,0	14,57
<input type="checkbox"/> Ultraschall-doppler hirnversorgender Arterien	645	37,89	1,8	68,20
<input type="checkbox"/> Beratung zu vorgenannten Leistungen	1	4,66	2,3	10,72

Hiermit erkläre ich mich bereit, die gewünschten und derzeit nicht zu Lasten der GKV erbringbaren Leistungen auf Basis der aktuell gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu erstatten.

Summe: _____

Ort/Datum, Name _____

Unterschrift _____



D.3 Ultraschall Herz (z.B. Tauchtauglichkeitsuntersuchung):

(Bezeichnung der Leistung)	(Ziffer)	(Gebühr)	(x)	= Euro
<input type="checkbox"/> Echokardiographie	424	40,80	2,3	93,84
<input type="checkbox"/> Frequenzspektrumanalyse	404	14,57	1,0	14,57
<input type="checkbox"/> cw-Doppler-Untersuchung	405	11,66	1,0	11,66
<input type="checkbox"/> Farbkodierung	406	11,66	1,0	11,66
ggf. zusätzlich: Ultraschall Herz mit Einbringung von Kontrastmittel:				
<input type="checkbox"/> Intravenöse Injektion von Kontrastmittel	344	5,83	2,3	13,41
<input type="checkbox"/> Braunüle für Injektion		1,50	1,0	1,50
<input type="checkbox"/> Kontrastmittel Echovist	300	47,75	1,0	47,75

D.4 Früherkennung einer arteriellen Durchblutungsstörung:

(Bezeichnung der Leistung)	(Ziffer)	(Gebühr)	(x)	= Euro
<input type="checkbox"/> Knöchel-Arm-Index-Messung (ABI)	644	10,49	1,8	18,88

E Urologische Leistungen:

(Bezeichnung der Leistung)	(Ziffer)	(Gebühr)	(x)	= Euro
<input type="checkbox"/> Beratung	1	4,66	2,3	10,72
<input type="checkbox"/> Körperliche Untersuchung	6	5,83	2,3	13,41
<input type="checkbox"/> Tastuntersuchung Enddarm und Prostata	11	3,50	2,3	8,05
<input type="checkbox"/> Ultraschall, ein Organ	410	11,66	2,3	26,82
<input type="checkbox"/> Ultraschall, je weiteres Organ (max. bis zu 3x)	420	4,66	2,3	10,72
<input type="checkbox"/> Ultraschall, Transkavitär-Zuschlag	403	8,74	1,8	15,73
<input type="checkbox"/> Ultraschall, Frequenzanalyse-Zuschlag	404	14,57	1,0	14,57
<input type="checkbox"/> Doppler-Sonographie Penisgefäße	1754	10,49	2,3	24,13
<input type="checkbox"/> Blutentnahme	250	2,33	1,8	4,19
<input type="checkbox"/> Alpha-Fetoprotein (AFP)	3743	14,57	1,15	16,76
<input type="checkbox"/> Sexualhormon-bindendes Globulin (SHBG)	3765	26,23	1,15	30,16
<input type="checkbox"/> Prostata-spezifisches Antigen (Gesamt-PSA)	3908H3	17,49	1,15	20,11
<input type="checkbox"/> Prostata-spezifisches Antigen (freies PSA)	3908H3	17,49	1,15	20,11
<input type="checkbox"/> Carcino-Embryonales Antigen (CEA)	3905H3	14,57	1,15	16,76
<input type="checkbox"/> Humanes Choriongonadotropin (β -HCG)	4024	14,57	1,15	16,76
<input type="checkbox"/> Gesamt-Testosteron	4042	20,40	1,15	23,46
<input type="checkbox"/> Untersuchung auf verborgenes Blut im Stuhl	3500	5,25	1,15	6,04
<input type="checkbox"/> spezieller Immun-Stuhltest (Hemdiag)	4404	20,40	1,15	23,46
<input type="checkbox"/> Urin-Zytologie (Cell Print)	3696	33,22	1,15	38,2
<input type="checkbox"/> NMP22-Immunchemie (BladderChek)	4062	27,98	1,15	32,18
<input type="checkbox"/> Abstrich zur mikrobiologischen Untersuchung	298	2,33	2,3	5,36
<input type="checkbox"/> Chlamydien-Nachweis	4541	20,40	1,15	23,46

Hiermit erkläre ich mich bereit, die gewünschten und derzeit nicht zu Lasten der GKV erbringbaren Leistungen auf Basis der aktuell gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu erstatten.

Summe: _____

Ort/Datum, Name _____

Unterschrift _____



F Orthopädische Leistungen:

(Bezeichnung der Leistung)	(Ziffer)	(Gebühr)	(x)	= Euro
<input type="checkbox"/> Osteodensitometrie / DXA (analog)	A5475	17,49	2,3	40,23
<input type="checkbox"/> Akupunktur (je Sitzung, außerhalb einer event. Kassenerstattung)	269	11,66	2,3	26,82
<input type="checkbox"/> Intraartikuläre Injektion (zuzüglich Kosten für Arzneimittel)	255	5,54	2,3	12,74
<input type="checkbox"/> Skeletalterbestimmung + Endgrößenberechnung	5037	17,49	1,8	31,48
<input type="checkbox"/> Beratung zur vorgenannten Leistung	1	4,66	2,3	10,72

G Neuropsychologische Leistungen:

(Bezeichnung der Leistung)	(Ziffer)	(Gebühr)	(x)	= Euro
<input type="checkbox"/> Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren (Beurteilung der emotionalen Situation)	855	42,08	1,8	75,74
<input type="checkbox"/> Anwendung und Auswertung standardisierter Intelligenz- und Entwicklungstests	856	21,04	1,8	37,87
<input type="checkbox"/> Anwendung und Auswertung orientierender Testuntersuchungen	857	6,76	1,8	12,17
<input type="checkbox"/> Vorgespräch und Beratung (Minstdauer 50 Min in 2 Sitzungen)	A861	40,22	2,3	92,50

Hiermit erkläre ich mich bereit, die gewünschten und derzeit nicht zu Lasten der GKV erbringbaren Leistungen auf Basis der aktuell gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu erstatten.

Summe: _____

Ort/Datum, Name

Unterschrift