Urologische Gemeinschaftspraxis Dres. Remmert & Deuchert
Fachärzte für Urologie und medikamentöse Tumortherapie

Gemündener Str. 15 – 17
97753 Karlstadt

Tel.: 09353 – 35 91
Fax: 09353 – 35 92
www.urologie-karlstadt.de

Bitte zum Arzt mitnehmen

Behandlungsvertrag für Frauen
Selbstzahler

Pat.-ID: _____
Wird durch die Praxis ausgefüllt

Ich _____, geb. am _____

möchte von Dres. Remmert / Deuchert / Leitschuh fachärztlich beraten und behandelt werden, und zwar zu folgendem Behandlungskomplex:

VORSORGEPAKETE:

	Preis
☐ Vorsorge (s2a)	142,19 € (Sono, K-Urinuntersuchung sowie Urinkultur, Bericht)
☐ Erweiterte Vorsorge (s2b)	172,35 € (Sono, K-Urinuntersuchung sowie Urinkultur incl. UBC, Bericht)

Hinweis: bei pos. Urinkultur entstehen für Keimidentifikation / Antibiogramm nach GOÄ weitere Kosten von ca. 115,30 € pro Keim.

☐ Leistungen nach med. Notwendigkeit (GOÄ ärztlich 1,8-facher Satz, Labor 1,15-facher Satz): _____

EINZELLEISTUNGEN:

	Preis
☐ Basislabor (l1)	18,76 € (Blutbild, Elektrolyte, Nierenwerte)
☐ Standardlabor (l2)	59,65 € (Blutbild, Elektrolyte, Nierenwerte, Leberwerte, HbA1c, TSH)
☐ weitere Laborwerte gemäß GOÄ	_____
☐ Blasenkrebsvorsorge UBC (ubc p)	30,16 € (UBC rapid - Test)
☐ Immunologischer Stuhltest (schebo p)	42,23 € (Schebo 2in1)
☐ Blasenimpfung mit Strovac (w3a)	105,00 € (3 Impfungen zzgl. Kosten Medikament)
☐ Auffrischung mit Strovac (w3b)	35,00 € (1 Impfung zzgl. Kosten Medikament)
☐ Vitamin D (vit D p)	32,17 € (Vitamin-D-Spiegelbestimmung zzgl. Blutabnahme)
☐ Harnsteinabklärung (w8b)	160,00 € (Abklärung bei Harnsteinen zur Metaphylaxe, Urin/Blut)

Betreffendes bitte ankreuzen.

Ich erkläre dazu, dass es mein Wunsch ist, von der o.g. Praxis die vorgenannten Leistungen auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ, 1,8-facher Satz, Labor 1,15-facher Satz) **als Selbstzahler** zu erhalten. Die von mir **gewünschte Behandlung ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung**.
Mir ist bekannt, dass die Krankenkasse die Kosten, die für die verlangte privatärztliche Behandlung anfallen, nicht erstatten muss, auch nicht teilweise. Hierüber bin ich von meinem Arzt aufgeklärt worden.
Mit den o.g. Bedingungen bin ich einverstanden und erkläre, dass keine Umstände vorliegen, die eine freie Willensentscheidung beeinträchtigen können.

Karlstadt, den _____ Unterschrift: _____
Patientin bzw. gesetzlicher Vertreter

Stand 11/2026

Leistungspaket:	**GOÄ-Ziffern** (1,8-facher Satz, Labor 1,15-facher Satz)
Vorsorge	1-6-410-420x2-1730-0INS-0EIN-3511-3532-3716-4606-4715-4531-4607-75-2 x Porto (Pat./Ha)
Erweiterte Vorsorge	1-6-410-420x2-1730-0INS-0EIN-3511-3532-3716-4606-4715-4531-4607-3911H3A-75-2 x Porto (Pat./Ha)
Basislabor	3550-3558-3555-3557-3585H1-3584H1-3583H1
Standardlabor	3550-3558-3555-3557-3585H1-3584H1-3583H1-3594H1-3595H1-3592H1-3587H1-3561-4030
UBC	3911H3A
Stuhltest	3911H3D-3747
Vitamin D	4138

GOÄ-Ziffern:	**Legende:**	**Preise**	**1,8-facher**	**1,15-facher Satz**
1	**Beratung auch telefonisch**		**8,39 €**	
6	**Untersuchung, Organsystem Kopf/Niere/Gefäße**		**10,49 €**	
7	**Untersuchung, Organsystem Haut/Brust/Bauch/Bewegungsorgane**		**16,79 €**	
11	**Digitaluntersuchung Mastdarm und/oder Prostata**		**6,30 €**	
75	**Befundbericht, ausführlich**		**13,64 €**	
410	**Sonographie, 1 Organ**		**20,98 €**	
420	**Folgesonographie, Organ max. 3 Organe, je Organ**		**8,39 €**	
403	**Sonographie, Transkavitärzuschlag**		**15,74 €**	
3236	**Schließmuskel, unblutige Erweiterung**		**11,65 €**	
857	**Orientierende Testverfahren**		**12,17 €**	
643	**Peripher Arterien- bzw. Venendruck, Strömungsmessung**		**12,59 €**	
250	**Blutabnahme, Vene**		**4,20 €**	
3747	**Haptoglobin**			**12,07 €**
4042	**Testosteron**			**23,46 €**
4138	**Vitamin D**			**32,17 €**
3908H3	**PSA**			**20,11 €**
3911H3A	**UBC-Test (analog)**			**30,16 €**
3911H3D	**Schebo 2 in 1, immunologischer Stuhltest (analog)**			**30,16 €**
3511	**Reagenzträger**			**3,35 €**
3531	**Urinsediment**			**4,69 €**
3532	**Urinsediment, Phasenkontrastmikroskopie**			**6,03 €**
3550	**Blutbild**			**4,02 €**
3555	**Calcium**			**2,68 €**
3557	**Kalium**			**2,01 €**
3558	**Natrium**			**2,01 €**
3561	**Glykierte Hämoglobine (HbA)**			**13,41 €**
3583H1	**Harnsäure**			**2,68 €**
3584H1	**Harnstoff**			**2,68 €**
3585H1	**Kreatinin**			**2,68 €**
3587H1	**Alkalische Phosphatase**			**2,68 €**
3592H1	**Gamma-GT**			**2,68 €**
3594H1	**GOT**			**2,68 €**
3595H1	**GPT**			**2,68 €**
3716	**Osmolarität**			**3,35 €**
4030	**TSH**			**16,76 €**
Porto Standardbrief	**ab 2027**		**1,15 €**	

Die Werte der GOÄ stammen aus dem Jahr 1996. Eine preisliche Anpassung wurde bisher nicht vorgenommen.