## Erklärung über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen

lch,	
	(Name, Vorname)
	(Anschrift)
wiinsc	che für mein Kind:
VV 01 13C	the for their kind.
	(Name, Vorname)
	(Namo, Follamo)

die Durchführung der folgenden individuellen Gesundheitsleistungen:

## **RSV-Impfung mit Nirsevimab (Beyfortus)**

GOÄ-Ziffer	GOÄ-Ziffer Bezeichnung der Leistung		Faktor	Betrag
<b>4</b> Ausführliche Beratung		12,82 €	1,56	20 €
375 Impfung		4,663 €	1,5	7 €
5	Untersuchung zur Impffähigkeit	4,663 €	1,5	7 €
K1 Kinderzuschlag unter 4 Jahre		6,99 €	1,0	7 €
	Gesamt			41 €

Die Kosten für den Wirkstoff Nirsevimab begleiche ich über ein Privat-Rezept bei einer Apotheke, die diesen mir in Rechnung stellt.

Mir ist bekannt, dass ich diese vorgenannten individuellen Gesundheitsleistungen privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen habe, da diese Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören.

			_ , , , ,			1 11
LINA	KANIA	diacar	Erklärung	haha	10h	orhalton
1 11 15	K CM ME	CHEZEL	1 1 K ICH CH ICH		10.11	CHUCHELL

Ort, Datum	Unterschrift

Kinderarztpraxis

Öffnungszeiten:

Montag – Freitag 8.30 Uhr – 11.30 Uhr Montag – Mittwoch 14.30 Uhr – 17.00 Uhr Freitag 14.30 Uhr – 16.00 Uhr