

**Übersicht & Anforderung einer Privatleistung**

Leistungen, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden

Patient: Name, Vorname: _____ geb. am: _____
Datum: _____ Wohnort: _____
Tel.: _____ E-Mail: _____
Mobil: _____

Leistungsart	Preis	Bitte ankreuzen
Bescheinigung einer Lesestörung	25,00€	
Bescheinigung einer Rechenstörung	25,00€	
Bescheinigung einer Rechtschreibstörung	25,00€	
Bescheinigung einer Lese-und Rechtschreibstörung	25,00€	
Fachärztliche Bescheinigung	10,00€	
Fachärztliche Bescheinigung (ab vier Sätze)	15,00€	
Fachärztliche Bescheinigung (ab der zweiten Seite)	20,00€	
Bescheinigung z. Mitführen von BTM´s	10,00€	Bitte das Formular Befundanforderung verwenden
Fachgutachten nach 35a SGB VIII	75,00€	
Schriftliche Auskunft oder gutachterliche Äußerung	25,00€	
Erwachsenen (ab 21.Lj.) Diagnostik + GA	225,00€	
Erwachsenen (ab 21.Lj.) Autismus Diagnostik + GA	350,00€	

Sonstiges Angaben: _____

Die Unterlagen werden Ihnen automatisch nach Zahlungseingang per Post zugesandt. Bei gewünschter Barzahlung oder EC-Kartenzahlung, bitte vorab Rücksprache, damit wir Ihre Unterlagen zurechtlegen können.

Datum_____
Unterschrift des Patienten/ Erziehungsberechtigte