



# MedizinKarlsruhe.de

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft für Allgemeine und Innere Medizin  
Inhaber: Falk Dillmann, Dr. med. Dieter Geiger, Dr. med. Hermann Goebel, Christian Hauf M.Sc.  
Rintheimer Str. 90, 76131 Karlsruhe, **Tel: 0721 / 480 765 0**, Fax: 0721 / 480 765 99  
www.medizinkarlsruhe.de    medizinkarlsruhe@online.de



**Praxis Rintheim**  
Hausärztliche Praxis  
(seit 1999)  
Mannheimerstr. 12  
76131 Karlsruhe  
Tel: 0721 / 961 31 13  
Fax: 0721 / 961 31 14  
www.praxis-rintheim.de  
praxiskarlsruhe@online.de



**Praxis Oststadt**  
Hausärztliche Praxis  
(seit 2019)  
Haid-und-Neu-Str. 32  
76131 Karlsruhe  
Tel: 0721 / 69 73 75  
Fax: 0721 / 69 11 79  
www.praxis-oststadt.de  
praxisoststadt@online.de



**Praxis Weststadt**  
Hausärztl./Intern. Praxis  
(seit 2020)  
Bismarckstr. 59  
76133 Karlsruhe  
Tel: 0721 / 27 88 4  
Fax: 0721 / 23 56 9  
www.praxis-weststadt.de  
praxisweststadt@online.de



**Diagnostikzentrum**  
für internistische Diagnostik  
(seit 2022)  
Rintheimer Str. 90  
76131 Karlsruhe  
Tel: 0721 / 957 953 90  
Fax: 0721 / 957 953 99  
www.diagnostikzentrum-karlsruhe.de  
diagnostikzentrum@online.de



**BetriebsMedizinKarlsruhe.de**  
Betriebsmedizinische Praxis  
(seit 2023)  
Rintheimer Str. 90  
76131 Karlsruhe  
Tel: 0721 / 480 740-0  
Fax: 0721 / 480 740-99  
www.betriebsmedizinkarlsruhe.de  
betriebsmedizinkarlsruhe@online.de

## Honorarvereinbarung über Beamtenanwärteruntersuchung (analog JVEG)

Name:	Geburtsdatum:
-------	---------------

Ich wünsche, durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt die folgenden Leistungen gemäß Vorgabe des Regierungspräsidiums Stuttgart in Anspruch zu nehmen:

Anamnese, Untersuchung, Zeugnis	Ziffer	Summe (€)	ja
Geringer Aufwand (Z.B. Zweitbegutachtung)	M1	65	<input type="checkbox"/>
Mittlerer Aufwand (Begutachtung n. Standard)	M2	75	<input type="checkbox"/>
Hoher Aufwand (Z.B. komplexe Erkrankungen)	M3	100	<input type="checkbox"/>

Ich vereinbare hierfür ein Honorar über gesamt €: \_\_\_\_\_

Es ist mir bekannt, dass dies kein Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Ich wünsche dennoch die oben aufgeführten Leistungen. Ich weiss, dass diese nicht erstattungsfähig sind und dass der oben vermerkte Betrag von mir selbst zu tragen ist.

Ort, Datum

Arzt

Patientin/Patient