



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