

|                                |                  |        |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |        |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |        |
| geb. am                        |                  |        |
| Kostenträgerkennung            | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum  |

## Pathologie & Zytologie Grandweg Hamburg



**Dr. med. Magdalena Krause-Pawilczus**  
**Dr. med. Katja Sperhake**  
**Dr. med. Stephanie Haupt**  
**Dr. med. Tanja Glause\*** PD Dr. med. Phillip Stahl\*  
\*angestellt

Grandweg 64 | 22529 Hamburg

Telefon 040 413 4756 0  
 Telefax 040 413 4756 16

[www.pathologie-grandweg.de](http://www.pathologie-grandweg.de)  
[privatabrechnung@pathologie-grandweg.de](mailto:privatabrechnung@pathologie-grandweg.de)

### Vereinbarung über die histologische Untersuchung als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) zwischen der Pathologie Grandweg Hamburg und dem oben genannten Patienten

Das Honorar für die histologische Untersuchung von Samenleiterteilstücken beidseits setzt sich wie folgt zusammen:

| GOÄ-Ziffer          | Beschreibung                    | Anzahl | Faktor | Betrag                |
|---------------------|---------------------------------|--------|--------|-----------------------|
| 4800                | Histologische Untersuchung      | 2      | 1,97   | 49,84 €               |
| § 10 Abs.2 GOÄ      | Kosten für Material und Versand | 1      | 1      | 9,80 €                |
| <b>Gesamtbetrag</b> |                                 |        |        | <b><u>59,64 €</u></b> |

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich eine IGeL-Leistung bzw. IGeL-Leistungen der Pathologie Grandweg Hamburg in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse nicht verpflichtet ist, eine medizinisch sinnvolle aber nicht zwingend notwendige Leistung oder einen Teil davon zu erstatten. Ich weiß, dass daher diese von mir gewünschte ärztliche Leistung nicht von meiner gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird. Ich werde für die oben angegebenen Kosten nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) selbst aufkommen.

Weiterhin bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich von meiner behandelnden Ärztin/meinem behandelnden Arzt umfassend über den Nutzen und die Risiken dieser Individuellen Gesundheitsleistung aufgeklärt worden bin, diese Leistung auf eigenen Wunsch beanspruche und der Behandlung ausdrücklich zustimme.

Eine Gebührenrechnung wird mir nach Abschluss der histologischen Untersuchung von der obigen Praxis zugestellt.

Das Ergebnis der histologischen Untersuchung wird meiner behandelnden Ärztin/meinem behandelnden Arzt übermittelt.

Eine Kopie dieses Vertrages hat der Patient erhalten.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der betreuenden Arztpraxis