

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*

*angestellt

Grandweg 64 | 22529 Hamburg

Telefon 040 413 4756 0
 Telefax 040 413 4756 16

www.pathologie-grandweg.de
 privatabrechnung@pathologie-grandweg.de

Vereinbarung über die histologische Untersuchung als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) zwischen der Pathologie & Zytologie 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 €
Gesamtbetrag				59,64 €

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