

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 Spermhake
 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 Grandweg Hamburg und der/dem oben genannten Patienten/in.

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(n) ärztliche(n) Leistung(en) nicht von meiner gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird / werden. 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/dem Arzt umfassend über den Nutzen und die Risiken dieser Individuellen Gesundheitsleistung/en aufgeklärt worden bin, diese Leistung/en auf eigenen Wunsch beanspruche und der Behandlung ausdrücklich zustimme.

Das Honorar für eine histologische Untersuchung setzt sich wie folgt zusammen:

GOÄ-Ziffern	Beschreibung	Faktor	Betrag
4800	Histologische Untersuchung	1,5	18,98 €
§ 10 Abs.2 GOÄ	Kosten für Material und Versand	0,7	4,83 €

Die GOÄ-Ziffer 4800, 1,5-fach, wird für jede histologische Untersuchung berechnet. Die Material- und Versandkosten nur einmal.

Bitte die Anzahl der gewünschten Untersuchungen ankreuzen:

- Ich wünsche **eine** histologische Untersuchung **23,81 €**
- Ich wünsche **zwei** histologische Untersuchungen **42,79 €**
- Ich wünsche **drei** histologische Untersuchungen **61,77 €**
- Ich wünsche histologische Untersuchungen (= x 18,98 € + 4,83 €) **..... €**

Ich bin damit einverstanden, dass im Anschluss an die Behandlung/Untersuchung eine Rechnungserstellung seitens der Praxis für Pathologie & Zytologie Grandweg Hamburg erfolgt.

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

- Eine Kopie dieses Vertrages hat die Patientin erhalten.

Stempel und Unterschrift der betreuenden Arztpraxis

 Unterschrift der Patientin

 Ort, Datum