

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

## Pathologie & Zytologie Hamburg Grandweg GmbH

Dr. med. Magdalena Krause-Pawilczus  
 Dr. med. Katja Sperhake  
 Dr. med. Stephanie Haupt  
 Dr. med. Tanja Glause  
 Dr. med. Irina Fenic

Grandweg 64 | 22529 Hamburg

Telefon 040 413 4756 0  
 Telefax 040 413 4756 16

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

# Behandlungsvertrag

zwischen der oben genannten Praxis für Pathologie & Zytologie Hamburg Grandweg GmbH und der oben genannten Patientin über die Durchführung einer Individuellen Gesundheitsleistung (IGeL).

Der Patientin ist bekannt, dass die gesetzlichen Krankenkassen nicht verpflichtet sind, die Kosten für diese medizinisch sinnvollen, aber nicht zwingend notwendigen Leistungen zu erstatten.

Die Patientin wünscht nach ausführlicher Beratung die Durchführung der folgenden Individuellen Gesundheitsleistung/en.

Im Rahmen der ärztlichen Beratung, Diagnostik und/oder Behandlung werden in dem konkreten Fall voraussichtlich folgende Gebühren gemäß GOÄ anfallen (GOÄ-Ziffer, Gebührensatz):

Bitte ankreuzen	GOÄ-Ziffern	Beschreibung	Anzahl	Faktor	Betrag
<input type="checkbox"/>	4851ZTIGeL	<b>IGeL-Konventioneller Abstrich (Zellausstrich)</b> Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik	1	1,199	9,09 €
	P250	Ersatz von Auslagen / Porto (gem. §10, Abs.2)	1	1	2,50 €
		<b>Gesamtbetrag</b>			<b><u>11,59 €</u></b>
<input type="checkbox"/>	4815TPIGeL	<b>IGeL-Zytolog. Dünnschichtuntersuchung (Thin-Prep)</b> Einzelschichtpräparation mit besonderer Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung. Anwendung optischer Sonderverfahren (Monolayer)	1	1,2	24,48 €
	P250	Ersatz von Auslagen / Porto (gem. §10, Abs.2)	1	1	2,50 €
		<b>Gesamtbetrag</b>			<b><u>26,98 €</u></b>
<input type="checkbox"/>	4782HPIGeL	<b>IGeL-Nachweis von humanen Papillomaviren (HPV)</b> Aptima HPV Assay, Aptima HPV 16, 18/45 Assay	1	1,3	37,88 €
	P500	Ersatz von Auslagen / Porto (gem. §10, Abs. 2)	1	1	5,00 €
		<b>Gesamtbetrag</b>			<b><u>42,88 €</u></b>

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

**Das Befundergebnis wird der Patientin von der betreuenden gynäkologischen Praxis mitgeteilt.**

Eine Kopie dieses Vertrages hat die Patientin erhalten.

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Patientin

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

Stempel und Unterschrift der betreuenden Arztpraxis