

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 Spermhake  
 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

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

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich die unten genannte(n) IGeL-Leistung(en) der Pathologie & Zytologie Hamburg Grandweg GmbH in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse diese medizinisch sinnvolle aber nicht zwingend notwendige(n) Leistung(en) ganz oder teilweise nicht erstattet. Ich weiß, dass die von mir gewünschte(n) ärztliche(n) Leistung(en) nicht von meiner gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird/werden und dass ich Kosten nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ selbst trage.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich von meiner behandelnden Ärztin/meinem Arzt umfassend über Art, Nutzen und Risiken der IGeL-Leistung(en) aufgeklärt wurde, diese auf eigenen Wunsch in Anspruch nehme und der Behandlung ausdrücklich zustimme.

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>

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