



Patientenerklärung und Honorarvereinbarung über eine individuelle Gesundheitsleistung (IGel)

Patientendaten:

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ und Wohnort _____

Ich bitte, die unten aufgeführten Untersuchungen als eine individuelle Gesundheitsleistung (IGel) bei mir durchzuführen und privat zu berechnen. Ich bin mit der Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einverstanden und ich verpflichte mich, den unten genannten Betrag selbst zu bezahlen.

Leistung	GOÄ	Anzahl	Faktor	Honorar
Molekularpathologische Untersuchung auf Cytomegalie Virus (CMV)-DNA	4872 A	1	1,0	113,66 €
Ersatz von Auslagen, Porto- und Versandkosten	§ 10	1	1,0	5,11 €
			Rechnungsbetrag	118,77 €

Es ist mir bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, nicht verpflichtet ist, eine medizinisch sinnvolle, aber nicht zwingend notwendige Leistung vollständig oder auch nur teilweise zu erstatten.

Ich wünsche dennoch die oben aufgeführten Leistungen.

Über den Sinn der Untersuchungen wurde ich aufgeklärt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in