



## 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
<b>Molekularpathologische Untersuchung auf Epstein-Barr Virus (EBV)-DNA</b>	4872 A	1	1,0	113,66 €
Ersatz von Auslagen, Porto- und Versandkosten	§ 10	1	1,0	5,11 €
			<b>Rechnungsbetrag</b>	<b>118,77 €</b>

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