



Dr. J. Alfer  
Dr. G. Assmann  
Dr. C. Bank  
Dr. Dr. C. Becker  
Prof. Dr. I. Becker  
Dr. M. Beer  
PD Dr. C. Brinkschmidt  
Dr. P. Dettmar  
Dr. S. Eisenlohr  
Dr. C. Faber  
Dr. A. Funk  
Prof. Dr. A. Gaumann  
Dr. J. Hoelzl  
Dr. D. Karimi  
PD Dr. M. Krams  
Dr. M. Lessel  
Dr. M. Lohner  
PD Dr. W. Müller  
PD Dr. H. Nagel  
Prof. Dr. C. Poremba  
Dr. D. Prechtel  
Dr. T. Richter  
PD Dr. S. Schwarz-Furlan  
Prof. Dr. S. Schweyer  
Dr. S. Seidl  
Dr. K. Wagner  
Dr. K. Wieczorek

## 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 Untersuchungen auf Humanpapillomaviren (HPV)-DNA</b>				
mit ggf. Typisierung der				
- High Risk Genotypen: 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73, 82.	4872 A	2	1,0	227,32 €
- Low Risk Genotypen: 6, 11, 40, 42, 43, 44/55, 54, 61, 62/81, 67, 69, 70, 71, 72, 84, 89.				
<b>Methodik:</b> DNA Isolation, Multiplex-PCR mit anschließender reverser Dot-Blot-Hybridisierung und Auswertung.				
Ersatz von Auslagen, Porto- und Versandkosten	§ 10	1	1,0	5,11 €
<b>Rechnungsbetrag</b>				<b>232,43 €</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