



Patientenerklärung und Honorarvereinbarung über eine individuelle Gesundheitsleistung (IGel)

Untersuchung auf *Chlamydia trachomatis* -DNA

Patientendaten:

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ und Wohnort _____

Dr. J. Alfer
Dr. G. Assmann
Dr. C. Bank
Dr. Dr. C. Becker
Prof. Dr. I. Becker
Dr. M. Beer
Dr. P. Dettmar
Dr. S. Eisenlohr
Dr. C. Faber
Dr. A. Funk
Prof. Dr. A. Gaumann
Dr. E. Huber
Dr. D. Karimi
PD Dr. M. Krams
Dr. M. Lessel
Prof. Dr. C. Poremba
Dr. T. Richter
PD Dr. S. Schwarz-Furlan
Dr. S. Seidl
Dr. K. Wagner
Dr. K. Wiczorek

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	Faktor	Honorar
Molekularpathologische Untersuchung auf <i>Chlamydia trachomatis</i> -DNA	4872 A	1,0	113,66 €
Ersatz von Auslagen, Porto- und Versandkosten	§ 10		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