



## Patientenerklärung und Honorarvereinbarung über eine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)

### Untersuchung auf EBV-RNA durch RNA-in-situ-Hybridisierung

#### 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. Wieczorek

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 je      |
|--|--------|--------|------------------------|-----------------|
| Molekularpathologische Untersuchung auf Epstein-Barr Virus (EBV)-RNA durch RNA-in-situ-Hybridisierung (EBER ISH) | 4872 A | 2      | 1,0                    | 113,66 €        |
| Histologische Begutachtung und Morphometrie unter Anwendung von optischer Sondervverfahren                       | 4815   | 2      | 1,0                    | 20,40 €         |
| Ersatz von Auslagen, Porto- und Versandkosten  | § 10   | 1      | 1,0                    | 5,11 €          |
|  |        |        | <b>Rechnungsbetrag</b> | <b>273,23 €</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