



Patientenerklärung und Honorarvereinbarung über eine individuelle Gesundheitsleistung (IGel)

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

Patientendaten:

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ und Wohnort _____

PD Dr. J. Alfer
Dr. G. Assmann
Dr. C. Bank
Dr. Dr. C. Becker
Dr. M. Beer
Dr. S. Eisenlohr
Dr. C. Faber
Dr. A. Funk
Prof. Dr. A. Gaumann
Dr. E. Huber
Dr. D. Karimi
PD Dr. M. Krambs
Dr. M. Lessel
Prof. Dr. C. Poremba
PD Dr. S. Schwarz-Furlan
Dr. S. Seidl
Dr. K. Wagner
Dr. K. Wieczorek
Dr. M. von Winterfeld



Ich bitte, die unten aufgeführten Untersuchungen als eine **individuelle Gesundheitsleistung (IGel)** bei mir durchzuführen und privat zu berechnen.

Akkreditierung gilt nur für die Standorte Giesing, Kaufbeuren, Ravensburg, Memmingen und Penzberg

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 Sonderverfahren	4815	2	1,0	20,40 €
Ersatz von Auslagen, Porto- und Versandkosten	§ 10	1	1,0	5,11 €
Rechnungsbetrag				273,23 €

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