



Patientenerklärung und Honorarvereinbarung über eine individuelle Gesundheitsleistung (IGel) für GKV-Patienten:

Helicobacter pylori -DNA-Nachweis mit Clarithromycin- und Chinolon-Resistenztestung

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. Krams
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. Ich bin mit der Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einverstanden und ich verpflichte mich, den unten genannten Betrag selbst zu bezahlen.

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

Leistung	GOÄ	Anzahl	Faktor	Honorar
Molekularpathologische Untersuchung auf <i>Helicobacter pylori</i> -DNA inklusive molekularem Clarithromycin-Resistenztest				
Leistungsumfang: Aufarbeitung des Untersuchungsmaterials, QC, HP-spezifische 23SrDNA- rtPCR mit fluoreszenzter Sonden-HRMA zur Detektion von Clarithromycin-Resistenzmutationen	4872 A (113,66€)	1	1,0	113,66 €
Untersuchung auf eine Chinolon-Resistenz- assoziierten Variante des HP gyrA-Gens				
Leistungsumfang: gyrA-PCR, Sangersequenzierung, Sequenzabgleich mit Referenzsequenz, Befundberichterstellung	4872 A (113,66€)	2	1,0	227,32 €
Ersatz von Auslagen, Porto- und Versandkosten	§ 10	1	1,0	5,11 €
Rechnungsbetrag				346,09 €

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