



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