

Pathologisches Institut Bremerhaven

Prof. Dr. med. M. Heine - Dr. med. J. Schmoll
Priv.-Doz. Dr. med. W. Back - Molekularpathologie
Dr. med. M. Röhler - angestellte Ärztin
Pathologen

Pathologisches Institut - Zytologisches Labor
Postfach 100 346, 27503 Bremerhaven
Tel. 0471 / 929 89 15 - Fax 0471 / 929 89 40

www.pathologie-bremerhaven.de - e-mail: zyto@pathologie-bremerhaven.de

Patientendaten

Patientenvereinbarung

**Ich wünsche folgende individuelle Gesundheitsleistung:
HPV-DNA-Test**

GOÄ	Leistung	Faktor	Honorar
4871 A	HPV-DNA-Chip	1,0	113,66 €
§ 10 Abs. 1	Ersatz von Auslagen	1,0	20,22 €
Rechnungsbetrag:			133,88 €

Ich bitte, die oben aufgeführte Untersuchung durchzuführen und privat zu berechnen. Ich bin mit der Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), auch über eine privatärztliche Verrechnungsstelle, einverstanden. Mir ist bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse nicht verpflichtet ist, die Kosten für diese medizinisch sinnvolle, aber nicht zwingend notwendige Leistung zu erstatten.

Praxis-Stempel

Ort _____ Datum _____

Unterschrift der Patientin _____

⌘-----⌘-----⌘-----⌘-----⌘-----⌘-----⌘-----⌘-----⌘-----⌘

Pathologisches Institut Bremerhaven

Prof. Dr. med. M. Heine - Dr. med. J. Schmoll
Priv.-Doz. Dr. med. W. Back - Molekularpathologie
Dr. med. M. Röhler - angestellte Ärztin
Pathologen

Pathologisches Institut - Zytologisches Labor
Postfach 100 346, 27503 Bremerhaven
Tel. 0471 / 929 89 15 - Fax 0471 / 929 89 40

www.pathologie-bremerhaven.de - e-mail: zyto@pathologie-bremerhaven.de

Patientendaten

Patientenvereinbarung

**Ich wünsche folgende individuelle Gesundheitsleistung:
HPV-DNA-Test**

GOÄ	Leistung	Faktor	Honorar
4871 A	HPV-DNA-Chip	1,0	113,66 €
§ 10 Abs. 1	Ersatz von Auslagen	1,0	20,22 €
Rechnungsbetrag:			133,88 €

Ich bitte, die oben aufgeführte Untersuchung durchzuführen und privat zu berechnen. Ich bin mit der Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), auch über eine privatärztliche Verrechnungsstelle, einverstanden. Mir ist bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse nicht verpflichtet ist, die Kosten für diese medizinisch sinnvolle, aber nicht zwingend notwendige Leistung zu erstatten.

Praxis-Stempel

Ort _____ Datum _____

Unterschrift der Patientin _____