

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

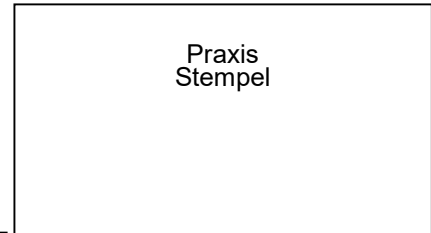
Patientendaten

Patientenvereinbarung

Ich wünsche folgende privatärztliche Zusatzleistung:
Zusatzuntersuchung unter Anwendung des Dünnschichtverfahrens ThinPrep®

GOÄ	Leistung	Faktor	Honorar
4815 A (§ 6 Abs. 2)	Einzelschichtpräparation mit besonderer Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung Anwendung optischer Sonderverfahren (Monolayer)	1,8	36,72 €
§ 10 Abs 2 GOÄ	Ersatz von Auslagen	1,0	6,36 €
Rechnungsbetrag:			43,08 €

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.



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

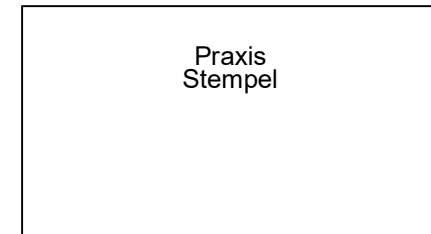
Patientendaten

Patientenvereinbarung

Ich wünsche folgende privatärztliche Zusatzleistung:
Zusatzuntersuchung unter Anwendung des Dünnschichtverfahrens ThinPrep®

GOÄ	Leistung	Faktor	Honorar
4815 A (§ 6 Abs. 2)	Einzelschichtpräparation mit besonderer Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung Anwendung optischer Sonderverfahren (Monolayer)	1,8	36,72 €
§ 10 Abs 2 GOÄ	Ersatz von Auslagen	1,0	6,36 €
Rechnungsbetrag:			43,08 €

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.



Ort _____ Datum _____ Unterschrift der Patientin _____