

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:

zytologische Untersuchung Portio-/Zervixabstrich

GOÄ	Leistung	Faktor	Honorar
4851	zytologische Abstrichuntersuchung	1,8	13,64 €
§ 10 Abs 2 GOÄ	Ersatz von Auslagen	1,0	6,36 €
Rechnungsbetrag:			20,00 €

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 privatärztliche Zusatzleistung:

zytologische Untersuchung Portio-/Zervixabstrich

GOÄ	Leistung	Faktor	Honorar
4851	zytologische Abstrichuntersuchung	1,8	13,64 €
§ 10 Abs 2 GOÄ	Ersatz von Auslagen	1,0	6,36 €
Rechnungsbetrag:			20,00 €

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