

Name, Vorname Geb., Adresse des Versicherten

PATIENTENVEREINBARUNG ÜBER EINE PRIVATE ÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG

Praxisstempel

Ich bin bei oben genannter Krankenkasse versichert.

Ich wünsche die unten aufgeführte Untersuchung. Mir ist bekannt, dass es sich um eine Leistung handelt, die von meiner Krankenkasse nicht erstattet werden muss. Ich bin mit der Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), auch über eine privatärztliche Verrechnungsstelle (von Dr. E. Kilic), einverstanden.

Ich wünsche folgende privatärztliche Zusatzleistung:

Krebsvorsorgeabstrich unter Anwendung des Dünnschichtverfahrens **PapSpin** (Fa. Thermo Shandon):

GOÄ	Leistung	Faktor	Honorar
4815F	Einzelschichtpräparation mit besonderer Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung Anwendung optischer Sonderverfahren (Monolayer)	1	20,40 €
§ 10 Abs. 2 GOÄ	Kosten für Material und Versand	1,0	2,69 €
<u>Rechnungsbetrag:</u>			23,09 €

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin