

Name, Vorname geb. und 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 (IGeL)-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:

Zytologische Untersuchung zur **Krebsfrüherkennung**

GOÄ	Leistung	Faktor	Honorar
4851	Zytologie Ekto-/Endocervix	1,00	7,58 €
§10 Abs. 2 GOÄ	Kosten für Material und Versand	1,00	2,42 €

Rechnungsbetrag:

10,00 €

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin