

Patienten-/Versichertendaten

Stempel und Unterschrift des Einsenders

Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich die markierte privatärztliche Laboranalyse in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte ärztliche Leistung in meinem Fall nicht von der Krankenkasse übernommen wird. Ich werde die Kosten entsprechend der aufgeführten Aufstellung in Anlehnung an die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 1996) selbst tragen. Mir ist ferner bekannt, dass für meine Krankenkasse keine Verpflichtung besteht die Kosten ganz oder anteilig zu übernehmen.

**Zytologisches Labor
Dr. med. Petra Berlinghoff**

Blaufärbergasse 6
59348 Lüdinghausen

Tel 025 91 - 25 97 89 16
Fax 025 91 - 25 97 89 17

info@zytologie-lh.de · www.zytologie-lh.de



Individuelle Gesundheitsleistungen im Labor (IGeL)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> HPV high risk | <input type="checkbox"/> Rechnung an Patientin 24,53 € |
| <input type="checkbox"/> ThinPrep | <input type="checkbox"/> Rechnung an Patientin 25,00 € |
| <input type="checkbox"/> Abstrich | <input type="checkbox"/> Rechnung an Patientin 15,00 € |

Datum

Unterschrift der Patientin