

Name, Vorname geb. und Adresse des Versicherten

## Z PATIENTENVEREINBARUNG ÜBER EINE PRIVATE ÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG

<u>Praxisstempel</u>

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:  
Abstrich Cervix uteri auf **HPV**

GOÄ	Leistung	Faktor	Honorar
4815A	HPV-Untersuchung (high risk Typ)	1,3	26,52 €
§ 10 Abs. 2 GOÄ	Kosten für Material und Versand	1,0	7,80 €

---

**Rechnungsbetrag:** **34,32 €**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Patientin