

Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung als individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

ich bin bei der o.g. gesetzlichen Krankenkasse versichert und bitte, die unten aufgeführte Untersuchung bei mir durchzuführen und privat zu berechnen. Ich bin mit der Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einverstanden. Mir ist bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse nicht verpflichtet ist, eine medizinisch sinnvolle, aber nicht zwingend notwendige Leistungen vollständig oder teilweise zu erstatten.

Kosten der jeweiligen Leistungen

Untersuchung	GOÄ-Ziffern x Anzahl x Steigerungssatz	Leistung	Kosten	Auswahl <input checked="" type="checkbox"/>
Helicobacter pylori - DNA	4872A x 1 x 0,44	Isolierung von Nukleinsäure aus FFPE-Untersuchungsmaterial Helicobacter pylori DNA-Amplifikation (PCR) Erregerspezifische Hybridisierung und nachfolgender Detektionsnachweis zuzüglich Auslagen gemäß §10, Abs. 1 GOÄ	54,55 €	<input type="checkbox"/>
Helicobacter pylori Clarithromycin- und Fluorochinolon-Resistenz	4872A x 1 x 0,95	Isolierung von Nukleinsäure aus FFPE-Untersuchungsmaterial Helicobacter pylori DNA-Amplifikation (PCR) Clarithromycin- und Fluorochinolon-Res. Identifizierung durch Sequenzermittlung Erregerspezifische Hybridisierung und nachfolgender Detektionsnachweis zuzüglich Auslagen gemäß §10, Abs. 1 GOÄ	112,83 €	<input type="checkbox"/>
HPV-Bestimmung	4872A x 1 x 0,22	Isolierung von Nukleinsäure aus FFPE-Untersuchungsmaterial Humanen Papillomaviren DNA-Amplifikation (PCR) Identifizierung von erregerspezifischen Fragmenten (HPV high Risk) zuzüglich Auslagen gemäß §10, Abs. 1 GOÄ	30,00 €	<input type="checkbox"/>
HPV-Typisierung	4872A x 1 x 0,87	Isolierung von Nukleinsäure aus FFPE-Untersuchungsmaterial Humanen Papillomaviren DNA-Amplifikation (PCR) Identifizierung von erregerspezifischen Fragmenten durch spezifische Sequenzermittlung (HPV-Subtypen) zuzüglich Auslagen gemäß §10, Abs. 1 GOÄ	104,09 €	<input type="checkbox"/>
Herpes-Virus-PCR : je HSV1/2 oder VZV oder EBV oder CMV oder HHV6 Je: Bartonella henselae oder Treponema pallidum oder Yersinia enterocolitica oder Toxoplasma gondii oder Borrelia burgdorferi	4872A x 1 x 0,51	Isolierung von Nukleinsäure aus FFPE-Untersuchungsmaterial DNA-Amplifikation (PCR) und Nachweis: <input type="checkbox"/> HSV1 <input type="checkbox"/> HSV2 <input type="checkbox"/> VZV <input type="checkbox"/> EBV <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> HHV6 <input type="checkbox"/> Bartonella henselae <input type="checkbox"/> Treponema pallidum <input type="checkbox"/> Yersinia enterocolitica <input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii <input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi Trennung von erregerspezifischen Fragmenten mittels Elektrophorese und Detektionsnachweis zuzüglich Auslagen gemäß §10, Abs. 1 GOÄ	1 x Virus: 63,29 € 2 x Virus: 89,52 € alle 6 Viren: 168,21 € Je 63,29 €	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Je: HHV8 oder Tropheryma whipplei oder Neisseria gonorrhoeae oder Clostridium difficile-Toxin oder Chlamydia trachomatis	4872A x 1 x 0,51	Isolierung von Nukleinsäure aus FFPE-Untersuchungsmaterial DNA-Amplifikation (qPCR) und Nachweis: <input type="checkbox"/> HHV8 <input type="checkbox"/> Tropheryma whipplei <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Clostridium difficile-Toxin <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis Detektion mit Erregerspezifische Sonde zuzüglich Auslagen gemäß §10, Abs. 1 GOÄ	Je 63,29 €	<input type="checkbox"/>
Hepatitis-C-Virus	4872A x 1 x 0,66	Isolierung von Nukleinsäure aus FFPE-Untersuchungsmaterial Transkription von RNA mittels reverser Transkription DNA-Amplifikation (qPCR): Hepatitis-C-Virus Detektion mit Erregerspezifische Sonde zuzüglich Auslagen gemäß §10, Abs. 1 GOÄ	80,19 €	<input type="checkbox"/>
Alternativ GOÄ-Ziffern bitte Faktor/angeben	<input type="checkbox"/>			

Einverständniserklärung:

Ich wurde darüber informiert, dass die hier aufgeführten ärztlichen Leistungen unter den vorliegenden Gegebenheiten nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehören. Ich werde die Kosten der angeforderten Leistungen selbst tragen. Die Gebühren werden auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet.

Die Vereinbarung schließe ich auf meinen ausdrücklichen Wunsch, ich wurde nicht zu ihr gedrängt.

Ort/Datum

Unterschrift Patientin zur **Einwilligung in die Abrechnung**