

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Patientenerklärung über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)

....., geb. am

Name und Vorname der Patientin

.....

Adresse (Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort) - nachfolgend „Patientin“

Die Patientin wünscht durch

.....

Name und Vorname der Ärztin / des Arztes

.....

Adresse (Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort) - nachfolgend „Arzt“

die Durchführung der nachfolgend genannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL):
genitale bakterielle Mikrobiom-Analyse

Arztstempel und Unterschrift des
behandelnden Arztes

Hierfür wünscht die Patientin folgenden Individuelle Gesundheitsleistungen gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Anspruch zu nehmen:

Leistung	GOÄ-Ziffer	Steigerungssatz	Gebühr (Euro)
Isolierung von Nukleinsäuren*	4780	1,0	52,46
Amplifikation von Nukleinsäuren mit (PCR)*	4783	1,0	29,14
Identifizierung von Nukleinsäure-Fragmenten durch Sequenzermittlung*	4787	1,0	116,57
Beratung	1,0	2,3	10,72
Sonstige Leistungen			
Summe			

Die Leistungen werden zu einem Honorar in Höhe von voraussichtlich EUR führen.

Hiermit unterrichtet der Arzt die Patientin darüber, dass die mit einem Sternchen (*) gekennzeichneten Leistungen (Laborleistungen) durch einen Dritten (dus.ana Düsseldorf, Analytik - Praxis für medizinische Mikrobiologie und Labormedizin, nachfolgend „Labor“) erbracht werden und das Labor diese Leistungen dem Patienten direkt berechnen wird. Die nicht mit einem Sternchen gekennzeichneten Leistungen rechnet der Arzt gegenüber dem Patienten ab. Nach umfassender Aufklärung und sachlicher Information über die medizinische Bedeutung und das medizinischen Nutzen wünscht die Patientin die Durchführung der oben gekennzeichneten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Die Patientin wurde darüber aufgeklärt, dass die Behandlung nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen gehört und diese Leistungen von ihnen nicht erstattet werden. Ihr ist bekannt, dass die Krankenkasse, bei der sie versichert ist, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat.

Die Patientin wünscht dennoch die oben aufgeführten Leistungen und wird die anfallenden Kosten daher selbst tragen. Die Vereinbarung schließt sie sich auf ihren ausdrücklichen Wunsch ab, sie wurde nicht dazu gedrängt.

.....

Datum, Ort

.....

Unterschrift Patientin

.....

Datum, Ort

.....

Unterschrift unmittelbar behandelnder Arzt