

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

E _____

IGeL

	Institut für Pathologie Mülheim an der Ruhr	Heidestraße 75-77 Postfach 11 01 40 Telefon 0208 992780 Dr.Oellig@pathologie-muelheim.de	45476 Mülheim an der Ruhr 45434 Mülheim an der Ruhr Telefax 0208 9927830 www.pathologie-muelheim.de
	Dr. med. Frank Oellig Dr. med. Marlene Helwing* Dr. (RO) Bianca-Manuela Purdea* Dr. med. Johanna Munding* <small>*angestellter Arzt / angestellte Ärztin</small>	Zertifiziert nach ISO 9001	
	Stand 1.2.2024		
	Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen		
	<p>Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich die unten aufgeführte(n) Leistung(en) in Anspruch nehmen. Ich werde für die Kosten nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) selbst aufkommen. Mit der Abrechnung, ebenso wie mit der Übermittlung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der Berechnung und Rechnungsstellung der erbrachten Untersuchungsleistungen, bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse nicht verpflichtet ist, eine medizinisch sinnvolle, aber nicht zwingend notwendige Leistung oder einen Teil davon zu erstatten. Ich weiß daher, dass diese von mir gewünschte(n) ärztliche(n) Leistung(en) nicht von meiner gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird/werden.</p> <p>Ich wünsche folgende privatärztliche Zusatzleistung:</p>		

**Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen
außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen**

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich die unten aufgeführte(n) Leistung(en) in Anspruch nehmen. Ich werde für die Kosten nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) selbst aufkommen.
 Mit der Abrechnung, ebenso wie mit der Übermittlung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der Berechnung und Rechnungsstellung der erbrachten Untersuchungsleistungen, bin ich einverstanden.
 Mir ist bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse nicht verpflichtet ist, eine medizinisch sinnvolle, aber nicht zwingend notwendige Leistung oder einen Teil davon zu erstatten.
 Ich weiß daher, dass diese von mir gewünschte(n) ärztliche(n) Leistung(en) nicht von meiner gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird/werden.

Ich wünsche folgende privatärztliche Zusatzleistung:

	GOÄ	Leistung	Faktor	Honorar
<input type="checkbox"/>	4800	Histologische Aufarbeitung eines Materials	1,0	12,65 €
	§ 10	Verpackung und Versand		5,00 €

Die Gesamtkosten betragen:

17,65 €

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten