

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis:	Datum:

# Gemeinschaftspraxis für Pathologie



**Dr. med. W. Belder**  
**Dr. med. M. Leichsenring**  
 Tel.: 05241 - 14002  
 Fax: 05241 - 14007

33332 Gütersloh - Oststraße 56  
 33247 Gütersloh - Postfach 1765  
 post@pathologie-guetersloh.de  
 www.pathologie-guetersloh.de



Akkreditiert nach DIN EN ISO/IEC 17020

DAP-IS-3534.00



Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2000

Reg.-Nr. 272383 QM

## Auftrag für eine Individuelle Gesundheitsleistung

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

Mir ist bekannt, dass ich diese individuelle Gesundheitsleistung (IGEL) in Höhe von 30,00 € privat nach der Gebührenordnung für Ärzte zu bezahlen habe, da diese Leistung nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Ich werde die Kosten entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) selbst tragen und bin mit der Abrechnung durch die Praxis für Pathologie einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin

### Auftrag für eine Untersuchung im Dünnschicht – Zytologie-Verfahren (PapSpin®)

Einsender:

(Praxisstempel)