



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

Praxisstempel und behandelnder Arzt

Behandlungsvertrag

über Durchführung einer pathologisch-anatomischen Untersuchung als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) bezüglich einer Zytologischen Untersuchung zur Krebsdiagnostik zwischen der oben genannten Ärztin bzw. dem oben genannten Arzt und der oben genannten Patientin.

Die Patientin wünscht nach ausführlicher Beratung die Durchführung der folgenden Individuellen Gesundheitsleistung/en durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt/das beauftragte Labor.

Im Rahmen der ärztlichen Beratung/Behandlung werden in dem konkreten Fall voraussichtlich folgende Gebühren gemäß GOÄ anfallen (GOÄ-Ziffer, Gebührensatz):

IGeL – konventioneller Abstrich (Objekträger):

Ziffer	Beschreibung	Anzahl	Faktor	Betrag
4851	Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik, Begründung: IGeL	1	1,3	9,85 €
P8	Versandkosten (entspr. §10(1), Nr.2)	1	1,0	2,50 €
Gesamtbetrag				12,35 €

IGeL – Dünnschichtuntersuchung (TP-Gefäß):

A4851	Flüssigkeitsbas. Zytologie (entspr. 4815 Histol. Unters. mit Sonderverfahren)	1	1,0	20,40 €
P4	Versandkosten (entspr. §10(1), Nr.2)	1	1,0	6,50 €
Gesamtbetrag				26,90 €

IGeL – HPV („grünes Röhrchen“):

A4785	Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten mit markierten Sonden, Begründung: HPV	1	1,0	25,00 €
Gesamtbetrag				25,00 €

Im Anschluss an die Untersuchung/Behandlung wird eine Rechnung übersandt, in der die erbrachten Leistungen aufgeführt und der Gebührensatz unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung, sowie der Umstände bei der Ausführung, entsprechend der GOÄ nach billigem Ermessen festgelegt werden.

Der Patientin ist bekannt, dass die genannten Leistungen derzeit nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erstattet werden und daher der genannte Betrag selbst zu tragen ist.

 Unterschrift der Ärztin bzw. des Arztes

 Unterschrift der Patientin

Weiterhin bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich von der Ärztin/dem Arzt umfassend über den Nutzen und die Risiken dieser Individuellen Gesundheitsleistung/en aufgeklärt worden bin, diese Leistung/en auf eigenen Wunsch beanspruche und der Behandlung ausdrücklich zustimme. Das Laborergebnis wird der Ärztin/dem Arzt übermittelt.

 Ort, Datum

 Unterschrift der Patientin

Nachfolgende Angaben sind vom behandelnden Arzt auszufüllen:

Entnahmeort

- Portio/Ck
 Vagina

klinische Angaben

- HE suprazervikal*
 HE total*
 Konisation*
 Radiatio*

* Jahr _____

- Ovulationshemmer
 IUP
 HRT
 Gravidität ____ SSW
 Postpartum

Bemerkungen

