

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

Leistung	Preis	X
Zytologische Untersuchung Cervix uteri (konventionell)	15,00 €	
ThinPrep (Dünnschichtzytologie)	25,00 €	
HPV - PCR (high risk+16+18)	34,34 €	
Zytologische Untersuchung Cervix uteri & HPV-PCR (high risk+16+18)	49,34 €	
ThinPrep sowie HPV - PCR (high risk+16+18)	55,00 €	
HPV Analyse low & high risk Hybrid Capture (je Lokalisation)	50,00 €	
Histologische Untersuchung eines Materials	35,00 €	

Rechnung: direkt an Patient
 via behandelnden Arzt

Patienteninformation

Ich wurde durch meinen behandelnden Arzt über die medizinische Notwendigkeit der Durchführung o.g. histologisch - pathologischer Gewebsuntersuchung informiert und erkläre hierzu mein Einverständnis.

Mir ist bekannt, dass meine Krankenkasse nicht verpflichtet ist, eine medizinisch sinnvolle, aber nicht zwingen notwendige Leistung oder Teil davon zu erstatten, dass die erbrachten Untersuchungsleistungen nach der derzeit gültigen "Gebührenordnung für Ärzte" (GOÄ) berechnet werden und ich der Rechnungsempfänger bin.

Außerdem erkläre ich hiermit mein Einverständnis, dass alle zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten an die betreffenden Stellen weitergegeben werden.

Stempel & Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Patienten oder Empfangsberechtigten

Unterschrift des Patienten oder Empfangsberechtigten

Stempel & Unterschrift des Arztes

Ich wurde durch meinen behandelnden Arzt über die medizinische Notwendigkeit der Durchführung o.g. histologisch - pathologischer Gewebsuntersuchung informiert und erkläre hierzu mein Einverständnis. Mir ist bekannt, dass meine Krankenkasse nicht verpflichtet ist, eine medizinisch sinnvolle, aber nicht zwingen notwendige Leistung oder Teil davon zu erstatten, dass die erbrachten Untersuchungsleistungen nach der derzeit gültigen "Gebührenordnung für Ärzte" (GOÄ) berechnet werden und ich der Rechnungsempfänger bin. Außerdem erkläre ich hiermit mein Einverständnis, dass alle zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten an die betreffenden Stellen weitergegeben werden.

Patienteninformation

Leistung	Preis	X
Zytologische Untersuchung Cervix uteri (konventionell)	15,00 €	
ThinPrep (Dünnschichtzytologie)	25,00 €	
HPV - PCR (high risk+16+18)	34,34 €	
Zytologische Untersuchung Cervix uteri & HPV-PCR (high risk+16+18)	49,34 €	
ThinPrep sowie HPV - PCR (high risk+16+18)	55,00 €	
HPV Analyse low & high risk Hybrid Capture (je Lokalisation)	50,00 €	
Histologische Untersuchung eines Materials	35,00 €	

Rechnung: direkt an Patient
 via behandelnden Arzt

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