

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



Pathologie Hamburg West
 Institut für diagnostische Histopathologie und Zytologie

Lornsenstrasse 4
 22767 Hamburg
 Tel (040) 41 30 35 30
 Fax (040) 41 30 35 33 3
 info@pathologie-hh-west.de
 www.pathologie-hh-west.de

Praxisstempel:

**Humane Papillomaviren (HPV):
 Privat - Patientenvereinbarung über eine Privatärztliche Behandlung**

Ich bitte die unten aufgeführten Untersuchungen bei mir durchzuführen und privat zu berechnen. Ich bin mit der Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ 96), auch über eine Privatärztliche Verrechnungsstelle oder ein Labor, einverstanden.

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass diese Kosten weder voll noch anteilig von meiner gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden.

Zusatzuntersuchung unter Anwendung von **Humanen Papillomaviren (HPV):**

| GoÄ- Ziffer | Leistung | Anzahl | Faktor | Betrag |
|----------------------------------|---|---------------|---------------|-----------------|
| Ziffer 4780 | Isolierung von Nukleinsäuren (Nativmaterial, HPV) | 1 | 1,15 | 60,33€ |
| 4784 | Amplifikation von Nukleinsäuren mit geschachtelter PCR (Nativmaterial, HPV) | 1 | 1,15 | 67,03€ |
| 4785 | Identifizierung von Nukleinsäure- fragmenten mit markierten Sonden (Nativmaterial, HPV) | 6 | 1,15 | 120,68€ |
| VK | Versandkosten | 1 | 1,00 | 4,55€ |
| Rechnungsbetrag insgesamt | | | | 252,59 € |

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten