

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

# Gemeinschaftspraxis für Pathologie

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

**33332 Gütersloh - Oststraße 56 - 58**  
**33247 Gütersloh - Postfach 1765**  
**post@pathologie-guetersloh.de**  
**www.pathologie-guetersloh.de**



Akkreditiert nach DIN EN ISO/IEC 17020

QM-System zertifiziert nach DIN EN ISO 9001  
durch die DQS (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 37,52 € 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 **HPV-Untersuchung**

Einsender:

(Praxisstempel)