

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

**Gemeinschaftspraxis  
für Pathologie**  
**Dr. B. Blume, Prof. Dr. J. Dämmrich,**  
**Dr. B. Heine**  
**Fachärzte für Pathologie**  
**Alte Bahnhofstr. 1 · 97421 Schweinfurt**  
**Tel. 0 97 21 / 2 80 82 · Fax 0 97 21 / 1 62 38**

## Antrag auf molekulare HPV-Typisierung (PCR) im Rahmen einer IGeL-Leistung

**Kostenträger:**  IgeL\*

**\*Kosten für IGeL Leistungen:** private ärztliche Leistungen außerhalb des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkassen (SGB V, §12).

Die Kosten trägt der Patient.

Die von Ihnen gewünschte ärztliche Leistung wird gemäß gültiger GOÄ (Stand 2009) wie folgt abgerechnet.

Posten	GOÄ Nr.	Einzelbetrag	Faktor	Gesamtbetrag
Material/Versand	Porto	3,15 €		3,15 €
HPV low/high	4783A x2	29,14 €	0,8	46,62 €
<b>Summe</b>				<b>49,77 €</b>

**\*Unterschrift des IGeL Patienten**

Datum, Stempel und Unterschrift des einsendenden Arztes