Patientendaten

PATHOLOGIE MÜNCHEN-NORD
FUNK | DETTMAR | KARIMI | POREMBA | FABER
ERNST-PLATZ-STR. 2 | 80992 MÜNCHEN

Postfach 190742, 80607 München
Telefon: 089/127374-0, Fax: 089/127374-74

Fachärzte für Pathologie

Dr. med. Armin Funk
Dr. med. Peer Dettmar
Dr. (UMF) Diana Karimi
Prof. Dr. med. Christopher Poremba
Dr. med. Claudius Faber

Konsil. Prof. Dr. med. Günter Klöppel

Dr. med. Silvia Strahl-Hermann
Dr. med. Charlotte Zimmer
Dr. med. Ulrike Gerlach
Dr. med. Sabine Siegert
Dr. med. Michaela Kronawitter-Fesl
Dr. med. Gellért Bakos
Dr. med. Sigrid Rappel, MIAC
Dr. med. Frigga Beitinger
Dr. med. Ingrid Wess
Dr. med. Florian Voigt
PD Dr. med. Melanie Boxberg
Dr. med. Fabienne Wehweck

Patientenvereinbarung über eine privatärztliche Behandlung (IGEL)

Ich bitte, die unten aufgeführten Untersuchungen bei mir durchzuführen und privat zu berechnen. Ich bin mit der Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ, §6 Abs. 2) einverstanden. Mir ist bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse nicht verpflichtet ist, eine medizinisch sinnvolle, aber nicht zwingend notwendige Leistung oder einen Teil davon zu erstatten.

Ich wünsche folgende privatärztliche Zusatzleistungen:

Bitte ankreuzen	Leistung		Kosten
	Beratung (auch telefonisch) Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutter und Vorbereitung für Monolayerpräparation oder PCR		
	PAP-Test	PATHOLOGIE MÜNCHEN-NORD FUNK | DETTMAR | KARIMI | POREMBA | FABER ERNST-PLATZ-STR. 2 | 80992 MÜNCHEN	12,50 €
	***Thin-Prep*-Test®**	PATHOLOGIE MÜNCHEN-NORD FUNK | DETTMAR | KARIMI | POREMBA | FABER ERNST-PLATZ-STR. 2 | 80992 MÜNCHEN	25,00 €
	HPV-Test *COBAS*® *High risk*	PATHOLOGIE MÜNCHEN-NORD FUNK | DETTMAR | KARIMI | POREMBA | FABER ERNST-PLATZ-STR. 2 | 80992 MÜNCHEN	40,00 €
	HPV-Test mit Typisierung *High Risk und Low Risk*	Molekularpathologie Südbayern TEILGEMEINSCHAFTSPRAXIS	232,43 €

Datum **Unterschrift des Patienten** **Stempel und Unterschrift des Arztes**

Klinische Angaben:

Einwilligungserklärung
Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten durch meinen behandelnden Arzt zum Zweck der Untersuchung an weitere Ärzte einverstanden. Ich erkläre mich auch damit einverstanden, dass die im Zusammenhang mit den Untersuchungsleistungen erhobenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungs- und Untersuchungsdaten bzw. -verläufe sowie – soweit von mir angegeben – freiwillige Angaben) zum Zweck der Abrechnung sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzugs an den Kölner Abrechnungsdienst Helartz & Vogel oHG, Flachsweg 2, 50993 Köln weitergegeben und – sofern erforderlich – zum Zweck der Einholung von Bonitätsinformationen an eine Auskunftei und zum Zweck der außergerichtlichen und/oder gerichtlichen Geltendmachung der Forderung an ein Inkassounternehmen und/oder einen Rechtsbeistand weitergeleitet werden. Den behandelnden Arzt entbinde ich von seiner ärztlichen Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus künftigen Behandlungen/Untersuchungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift Patient/in oder gesetzliche(r) Vertreter/in _____

Bitte jeweils das geeignete Abstrich- bzw. Einsendematerial verwenden