



PATH IGEL Leistung gynäkologische Zytologie

Formular

Geltungsbereich: Pathologie

Vereinbarung

Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)

Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs mittels einer mikroskopischen Abstrich-Untersuchung (Zytologie) und/oder PCR-Diagnostik zum Nachweis einer HPV-Infektion

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Hiermit willige ich in die unten angegebene Untersuchung ein. Sie geschieht auf meinen eigenen Wunsch hin und ich bin mir darüber bewusst, dass die Kosten (gemäß Gebührenordnung für Ärzte, GOÄ) nicht von meiner gesetzlichen Krankenkasse, sondern von mir privat übernommen werden.

Welche Untersuchung wird gewünscht? (Bitte ankreuzen!)

<input type="checkbox"/>	Zytologische Untersuchung (GOÄ 4851)*	16,38 EUR
<input type="checkbox"/>	HPV-Diagnostik mittels PCR (GOÄ 4872)*	59,57 EUR
<input type="checkbox"/>	Kombinierte Untersuchung (GOÄ 4851/4872)*	73,21 EUR

*) mit Versandkosten 2,74 EUR

.....
Ort, Datum, Unterschrift

100 V PATH IGEL_PAP_HP

Genehmigt: [Name Genehmiger](#)

Am: [TT.MM.JJJJ](#)

Versionsnummer:

Erstellt: [Name Ersteller](#)

Revisionsdatum: