

# Untersuchungsauftrag auf Humane Papillom Viren (HPV)



**Institut für Pathologie  
Saarbrücken-Rastpfuhl**

Klinische, molekulare und Zyto-Pathologie

Dr. med. B. Bier MIAC  
Priv. Doz. Dr. med. E. Eltze MIAC

Dr. med. C. Heinrich\*  
Prof. Dr. med. W. Püschel\*

\*Angestellte Ärzte i.S.v. §32b Abs. II Ärzte-ZV

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Barcode-Etikett (nur für Pathologie, Feld bitte freilassen)

## IGEL-LEISTUNG

### Patientenvereinbarung über eine privatärztliche Behandlung

Ich wünsche folgende privatärztliche Zusatzleistung: Untersuchung eines Abstriches des Gebärmutterhalses auf Humane Papillom Viren (HPV). Mit dem BD Onclarity HPV Assay können die 14 Hochrisiko HPV-Typen 16,18,31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 und 68 nachgewiesen werden. Zusätzlich bietet er die Möglichkeit zum gleichzeitigen, separaten Einzelnachweis der Hochrisikotypen 16, 18, 31, 45, 51 und 52.

GOÄ-Ziffer	Leistung	Faktor	Honorar
4872A	Molekulargenetischer Nachweis von HPV <i>IGe-Leistung</i>	0,5	56,50 €
P02	Auslagenersatz gemäß § 10 GOÄ	1,00	1,88 €

**Rechnungsbetrag 58,38 €**

Ich bitte, die oben aufgeführten Untersuchungen bei mir durchzuführen und privat zu berechnen. Ich bin mit der Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einverstanden. Mir ist bekannt, dass meine Krankenkasse nicht verpflichtet ist, eine medizinisch sinnvolle, aber nicht zwingend notwendige Leistung oder einen Teil davon zu erstatten. Ich werde nach Erhalt der Rechnung den Betrag von **58,38 €** innerhalb von 14 Tagen an das Institut für Pathologie, **Dr. med. B. Bier / PD Dr. med. E. Eltze** überweisen.

Stempel (Einsender)

Datum / Unterschrift (Einsender)