

Patienten-Erklärung
inkl. der erforderlichen Honorarvereinbarung
(Die private Inanspruchnahme individueller Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen))

Vor- und Nachname der Patientin/des Patienten

Anschrift

Ich wünsche, die folgenden Leistungen gemäß Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Anspruch zu nehmen:

Angabe der Einzelleistungen nach	GOÄ-Ziffern	Euro-Beträge
<input type="checkbox"/> Antikörper-Bestimmung		
Zika Antikörper-Bestimmung IgG IIFT	4335	Betrag 16,90 Euro
Zika Antikörper-Bestimmung IgM IIFT	4335	Betrag 16,90 Euro
Bestätigungstest (nur bei positivem Antikörper-Nachweis)		
Zika Antikörper IgG Immunoblot IB	4408	Betrag 46,63 Euro
Zika Antikörper IgM Immunoblot IB	4408	Betrag 46,63 Euro
<input type="checkbox"/> Molekularbiologischer Nachweis (PCR) von Zika Viren		Betrag 128,23 Euro
	4780	
	4782	
	4783	
	4785	

Die aufgeführten Leistungen sind außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung und der genannte Betrag ist von mir selbst zu tragen.

Datum:

Ort:

Unterschrift
Patientin/Patient (Gesetzlicher Vertreterin, gesetzlicher Vertreter)