

Stempel / Einsendende Praxis



Kostenübernahmeerklärung für eine Microarray-Analyse für Privatversicherte

Leistung / Kosten:

- ☐ HPV-Typisierung - 111,61 € pro Entnahmematerial
- ☐ Pilz-Typisierung - 136,10 € pro Entnahmematerial

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich für die Durchführung der oben genannten molekulopathologischen Untersuchungsmethode entschieden.

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie Ihr Einverständnis zur Liquidation dieser Leistung durch das untersuchende *Labor für Dermatopathologie & Pathologie Dres. Reusch / Reusch / Mielke in Hamburg-Niendorf*.

Bitte beachten Sie, dass Sie diese Erklärung freiwillig und nach ausreichender Aufklärung über Nutzen, Risiken und Alternativen der Leistung abgeben.

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Ich erkläre mich einverstanden, die o.g. Kosten selbst zu tragen. Die Abrechnung erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____

*Dermatopathologisches
& Pathologisches
Einsendelabor
Hamburg-Niendorf*

Dr. med. Michael Reusch
Dr. med. Volker Mielke
*Fachärzte für Haut- und
Geschlechtskrankheiten
Dermatopathologie*

Ursula Reusch
Fachärztin für Pathologie

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (GbR)

MVZ Papenreue
Papenreue 23 · 22459 Hamburg

MVZ Tibarg
Tibarg 7-9 · 22459 Hamburg

Postfach 61 05 51 · 22425 Hamburg

Telefon Ärzte (0 40) 55 49 52 55
Telefon Labor (0 40) 55 49 52 50
Telefax (0 40) 55 49 52 60
E-Mail histologie@drmm.de
www.Dermatopathologie-Hamburg.de
KIM: Dermatopathologie-Hamburg.KVHH@kv.dox.kim.telematik