

Levelingstraße 21 85049 Ingolstadt

Tel +49 841 88 555 4 - 0 Fax +49 841 88 555 4 - 12 info@pathologie-ingolstadt.de

## Patientenvereinbarung über die private ärztliche Behandlung außerhalb der vertragsärztlichen (kassenärztlichen) Versorgung

Ich bitte, die unten aufgeführte Untersuchung bei mir durchzuführen und als privatärztlich erbrachte Leistung abzurechnen. Ich werde diese Kosten selbst tragen und bin mit der Abrechnung auch über die privatärztliche Verrechnungsstelle (von Ärzten geleitete Gemeinschaftseinrichtung) einverstanden.

Mir ist bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse bzw. meine private Krankenversicherung nicht verpflichtet ist, einen Anteil der Privatliquidation zu erstatten.

Histologische Untersuchung bei Vasektomie (beidse	its) € 52,43
Datum	Patientenname
	Patientenunterschrift
Praxisstempel / Unterschrift des Arztes	
Freigegeben von Prof. Dr. Adam G:\00 QM-System\Dokumente\7 Probe allgemein	F Kostenübernahme Samenleiter R1 / Okt-23 \Histologie\F Kostenübernahme Samenleiter
PATHOLOGIE INGOLSTADT Dr. Popp · Prof. Dr. Adam · Prof. Dr. Geißinger · Dr. Nagl	Levelingstraße 21 85049 Ingolstadt Tel +49 841 88 555 4 - 0 Fax +49 841 88 555 4 - 12 info@pathologie-ingolstadt.de
Patientenvere über die private ärztl außerhalb der vertragsärztlichen (	iche Behandlung
Ich bitte, die unten aufgeführte Untersuchung bei mir durchzuführen un Ich werde diese Kosten selbst tragen und bin mit der Abrechnung auch Gemeinschaftseinrichtung) einverstanden. Mir ist bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse bzw. meine pr Privatliquidation zu erstatten.	n über die privatärztliche Verrechnungsstelle (von Ärzten geleitete
Histologische Untersuchung bei Vasektomie (beidse	its) € 52,43
Datum	Patientenname
	Patientenunterschrift

. . . . . . . . . . . . . . . .