

**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.

Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie

☐ **Ausstrichzytologie € 16,30**

☐ **Dünnschichtzytologie € 62,38**

Datum

Patientenname

Patientenunterschrift

Praxisstempel / Unterschrift des Arztes

Freigegeben von Prof. Dr. Adam

F Kostenübernahme Gyn-Zytologie R1 / Okt-25

G:\00 QM-System\Dokumente\7 Probe allgemein\Zytologie\F Kostenübernahme Gyn-Zytologie

**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.

Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie

☐ **Ausstrichzytologie € 16,30**

☐ **Dünnschichtzytologie € 62,38**

Datum

Patientenname

Patientenunterschrift

Praxisstempel / Unterschrift des Arztes

Freigegeben von Prof. Dr. Adam

F Kostenübernahme Gyn-Zytologie R1 / Okt-25

G:\00 QM-System\Dokumente\7 Probe allgemein\Zytologie\F Kostenübernahme Gyn-Zytologie