

IGeL						
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Vertragsarzt-Nr.						
						Datum

(Angaben dienen der verwaltungstechnischen Abwicklung und Leistungsberechnung. Adressfeld entspricht Überweisungsscheinformat. Ausfüllen mit Drucker möglich)



## Anforderungsschein PCR-basierter Dermatophyten-Array (EUROIMMUN) PIPCR / 6888

Angaben zu Praxis / Praxisstempel

### Material

- Nagelspäne
- Hautschuppen
- Haarwurzeln
- Abstrich (Lokalisation: \_\_\_\_\_)
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Antimykotische Anbehandlung

- Nein
- Ja (Therapeutikum: \_\_\_\_\_)

### Einverständniserklärung des Patienten

Ich wünsche die Durchführung der oben aufgeführten Leistungen. Mir ist bekannt, dass die Kosten hierfür von mir selbst zu tragen sind und ich erkläre mich bereit, die Laborrechnung zu begleichen. Die Rechnungsadresse ist oben korrekt angegeben. Mir ist bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Ich wünsche dennoch für meine private Vorsorge darüberhinausgehende Leistungen. Ich bin eingehend von meinem Arzt / meiner Ärztin beraten worden und habe keine weiteren Fragen. Die Berechnung der Kosten erfolgt **nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und beträgt 99,10 Euro IGeL-Leistung**. Die ermittelten Laborergebnisse werden dem behandelnden Arzt zugestellt. Die Absprache sowie die Unterzeichnung dieser Vereinbarung erfolgen freiwillig vor der Erbringung der Leistungen.

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_