

Medizinisches Versorgungszentrum am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden GmbH



Inanspruchnahme von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGEL) Persönliche Erklärung des Patienten / der Patientin

Ich,

.....
Name

.....
Vorname

.....
Straße

.....
Nr.

.....
PLZ

.....
Ort

wünsche die private Behandlung durch folgende Leistung(en), die mir auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wie nachfolgend berechnet werden:

Leistung	Ziffer x Faktor	Betrag
Immuno Solidphase Allergen Chip (ISAC) spez. IgE	ohne	250,-

Die Gesamtkosten betragen:

€ 250,-

Es ist mir bekannt, dass diese Leistung(en) nicht zum Leistungskatalog meiner Krankenversicherung gehört/en und deshalb die Kosten von ihr auch nicht übernommen oder erstattet werden können.
Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis zur Liquidation dieser Leistungen.

Praxisstempel

.....
Unterschrift Arzt/Ärztin

.....
Unterschrift Patient (in)

Ich habe ein Exemplar dieser Vereinbarung erhalten.

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient (in)