

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)