

**Dipl.med. Andrej Dawydow**  
LANR: 362920756  
**Dr.med. Erik Holm**  
LANR: 009163456  
Ärzte für Pathologie  
Rheinpfalzallee 12 – 10318 Berlin  
BSNR: 724801900  
Tel.: 030 - 50 37 85 44/45  
Fax: 030 - 50 37 85 46

Praxisstempel

## PATIENTENVEREINBARUNG ÜBER EINE PRIVATE ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Name: \_\_\_\_\_

Ich bitte, die unten aufgeführte Untersuchung bei mir durchzuführen und privat zu berechnen. Ich bin mit der Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), auch über eine privatärztliche Verrechnungsstelle, einverstanden. Mir ist bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse nicht verpflichtet ist, eine medizinisch sinnvolle aber nicht zwingend notwendige Leistung oder einen Teil davon zu erstatten.

Ich wünsche folgende privatärztliche Zusatzleistung:

GOÄ	Leistung	Faktor	Honorar
1 GOÄ	Beratung	2,3	10,00 €
4852 §6 Abs.2	3x zytologische Urinuntersuchung mit speziellem Aufbereitungsverfahren	3 x 0,73	22,44 €
§10 Abs.2 GOÄ	Kosten für Material und Versand	1,0	2,56 €
<b>Rechnungsbetrag</b>			<b>35,00 €</b>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift