

Über Praxis / Klinik _____

Patient/in _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

**Arzthonorarvertrag über eine medizinische Selbstzahlerleistung (IGeL)
für gesetzlich krankenversicherte Patienten**

Ich wünsche eine im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherungen ("EBM") nicht enthaltene medizinische Leistung in Anspruch zu nehmen bzw. eine Untersuchung aus dem GKV-Leistungsverzeichnis, für die eine medizinische Notwendigkeit nicht gegeben ist.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, davon Kenntnis genommen zu haben, daß eine Kostenerstattung durch die Gesetzliche Krankenversicherung nicht möglich ist und daß ich auf Rechnungsstellung das Honorar für diese Leistung innerhalb einer Frist von 30 Tagen ohne Abzüge zu bezahlen habe.

Auf meinen Wunsch hin soll folgende Leistung als Selbstzahlerleistung (Individuelle Gesundheitsleistung, IGeL) erbracht werden:

- | | | |
|--------------------------|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Schnelltest auf zahlenmäßige Chromosomenstörungen
an einer Fruchtwasserprobe ("FISH"- oder "PCR-Schnelltest") | 112,30 € |
| <input type="checkbox"/> | fetale Array-CGH | 1.370,00 € * |
| <input type="checkbox"/> | Chromosomenanalyse an einer Fruchtwasserprobe
oder einer Choriongewebsprobe | 552,69 € |
| <input type="checkbox"/> | Chromosomenanalyse an einer Blutprobe | 278,91 € |
| <input type="checkbox"/> | Chromosomenanalyse an Zellen einer Fehlgeburt | 552,69 € |

Ort, Datum

Unterschrift

* Durchführung dieser Untersuchung und Rechnungsstellung durch das Institut für Humangenetik der Universität zu Köln