

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname und Adresse der Versicherten geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis	Datum			

Arztstempel / Klinik ggf. Barcode

REP



MGZ

Medizinisch Genetisches Zentrum

Prof. Dr. med. Dipl.-Chem.
Elke Holinski-Feder

PD Dr. med. Angela Abicht
Fachärztinnen für Humangenetik, MVZ

Bayerstraße 3 - 5
D-80335 München

Tel. +49 89 30 90 886 - 0
Fax +49 89 30 90 886 - 66
info@mgz-muenchen.de

Alle Formulare finden Sie unter
www.mgz-muenchen.de



Deutsche
Akkreditierungsstelle
D-ML-13242-01-00

Durch die DAKKS nach DIN EN ISO 15189 akkreditiertes Labor. Die Akkreditierung gilt für den in der Urkundenanlage D-ML-13242-01-00 festgelegten Umfang, davon ausgenommen sind die mit ^o gekennzeichneten Analysen.

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG GYN. ENDOKRINOLOGIE UND REPRODUKTIONSMEDIZIN

▶ GESETZLICH VERSICHERTE PATIENTEN / SELBSTZAHLER [für Privatversicherte umseitig]

Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung gem. §18 ABS. 9 BMV-Ä

Die unten gekennzeichneten Untersuchungen sind individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), die privatärztlich liquidiert werden. Ich wurde vom veranlassenden Arzt über den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung und dessen Begrenzung auf die notwendige Krankenbehandlung unterrichtet. Mir ist bekannt, dass die Leistungen der GKV ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Das MGZ hat mich darüber informiert, dass die o.g. Untersuchung nicht Bestandteil des GKV-Kataloges, aber gleichwohl medizinisch möglich und sinnvoll ist. Über Möglichkeiten, meine Krankheit zu Lasten meiner Krankenkasse zu diagnostizieren und zu behandeln, wurde ich informiert. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass sich meine Gesetzliche Krankenversicherung nicht, auch nicht teilweise, an den Kosten der Untersuchung beteiligen wird und ich die Rechnung daher selbst in vollem Umfang zu begleichen habe. Ich wünsche die Durchführung der unten gekennzeichneten humangenetischen Untersuchungen auf privatärztlicher Basis. Die behandelnden Ärzte können keine Gewähr bezüglich der Erstattung durch eine bestehende Krankenversicherung oder Beihilfestelle übernehmen.

X

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in) / gesetzliche(r) Vertreter(in)

KOSTENPLÄNE GYNÄKOLOGISCHE ENDOKRINOLOGIE UND REPRODUKTIONSMEDIZIN

Bitte angeforderte Untersuchung kennzeichnen – falls nicht aufgeführt, kann ein entsprechender Kostenvoranschlag angefordert werden.

<input type="checkbox"/>	Microarray aus Fehlgeburtsgewebe	915,28
	GOÄ-Ziffern (Anzahl/Faktor): 3920 (1/1,0), 3922 (1/1,0), 3924 (46/1,0), 85 (1/1,0)	
<input type="checkbox"/>	Anlageträgerschaft Fragiles-X-Syndrom (FMR1-Repeat)	872,73
	GOÄ-Ziffern (Anzahl/Faktor): 3920 (1/1,15), 3923 (5/1,15), 3926 (3/1,15), 85 (1/2,3), 95 (2/1,0), 96 (2/1,0), Porto (1/1,0) Abhängig vom Ergebnis der Untersuchung (Stufendiagnostik) kann der Laboraufwand variieren (1. Stufe 537,58 €)	
<input type="checkbox"/>	Anlageträgerschaft für Zystische Fibrose (CFTR)	465,60
	GOÄ-Ziffern (Anzahl/Faktor): 3920(1/0,5), 3922(5/0,5), 3926(5/0,5), 85(1/2,3), 95(2/1,0), 96(2/1,0), P1(1/1,0)	
<input type="checkbox"/>	Anlageträgerschaft für SMA	470,57
	GOÄ-Ziffern (Anzahl/Faktor): 3920(1/1,15), 3922(1/1,15), 3924(15/1,15), 85(1/2,3), 95(2/1,0), 96(2/1,0), P1(1/1,0)	
<input type="checkbox"/>	Carrierstatus beider Partner mittels NGS inklusive SMA ID 164.02 – praeCon-Test – Gemeinsame Anlageträgerschaften	1.345,79
	GOÄ-Ziffern(Anzahl/Faktor): 3920 (2/1,0), 3926 (10/1,0), 85 (1/2,3), 95 (2/1,0), 96 (2/1,0), P1 (1/1,0)	
<input type="checkbox"/>	Nachauswertung Carrier Screening (praeCon-Test) für isolierte Anlageträgerschaft	pro Partner 505,71
	GOÄ-Ziffern (Anzahl/Faktor): A3920 (2/1,0), A3926 (66/5,73), 85 (1/2,3), 95 (2/1,0), 96 (2/1,0), P1 (1/1,0)	

- Ich bin interessiert an einer Finanzierungsmöglichkeit für die gewählten Leistungen. Bitte senden Sie mir die entsprechenden Unterlagen zu.
- Bitte Analysestart erst nach unterschriebener Finanzierung