

Abrechnung/Anforderung Personalisierte Endometriale Maturations Analyse (PEMA®)	Nachweis
--	----------

Name _____ Vorname _____ Geb.Dat _____

Straße _____ Ort _____

**Patientenvereinbarung über eine Individuelle
Gesundheitsleistung (IGEL) bzw. eine private ärztliche Leistung
Personalisierte Endometriale Maturations Analyse (PEMA®)**

Überörtliche Institut für Pathologie Kaufbeuren
BAG für Histologie und Zytologie
Dr. med. Marlene Lessel/Prof. Dr. med. Andreas Gaumann/
PD Dr. med. Stephan Schwarz-Furlan/Dr.med. Cyril Bank/
PD Dr.med. Joachim Alfer
Elisabethenstr. 19 – 88212 Ravensburg
Telefon (0751/18086740)
www.pathologie-kaufbeuren.de

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

Ich wünsche die Untersuchung Personalisierte Endometriale Maturations Analyse (PEMA®), die das endometriale Rezeptivitäts-Profil (ERP) generiert, als eine individuelle Gesundheitsleistung / eine privatärztliche Zusatzleistung (IGEL).

GOÄ	BESCHREIBUNG	EINZELPREIS BETRAG	
4802x2	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials mit besonders schwieriger Aufbereitung desselben (z. B. Kleinstbiopsate, Knochen Entkalkung)	16,85 €	33,70 €
4815x2	Histologische Untersuchung und Begutachtung von Organbiopsien (z. B. Leber, Lunge, Niere, Milz, Knochen, Lymphknoten) unter Anwendung histochemischer oder optischer Sonderverfahren (Elektronen-, Interferenz-, Polarisationsmikroskopie)	20,40 €	40,80 €
4815(A) x12	Immunhistologie analog Nr 4815 GOÄ	20,40 €	244,80 €
§10 GOÄ	Porto und Versandmaterial (§ 10)	5,10 €	5,10 €
		Gesamtsumme	324,40 €

- Ich wünsche zusätzlich zum Test den Nachweis von Plasmazellen nach GOÄ 4815(A) x2,3 93,84 €
- Ich wünsche zusätzlich zum Test den Nachweis von uterinen NK-Zellen nach GOÄ 4815(A) x2,3 93,84 €

Ort, Datum _____

Unterschrift der Patientin _____