

## Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen Hautkrebsvorsorge

### Persönliche Erklärung der Patientin/ des Patienten:

Ich,

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

wünsche die heilberufliche-private Behandlung folgender Leistungen, die mir auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wie nachfolgend am Beratungstermin direkt berechnet werden und vor Ort per ec oder bar beglichen werden:

	GOÄ-Ziffer	Faktor	Betrag
IGeL-Hautkrebsvorsorge	1	2,3	10,72 €
	7	2,3	21,45 €
	a612	1,1973 (Auflichtmikroskopie + Digitalisierung videodermatoskopisch)	52,83 €
<b>Gesamtkosten</b>			<b>85,00 €</b>

Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zum Leistungsumfang meiner Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten von ihr in der Regel nicht übernommen oder erstattet werden (müssen).

Münster, \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift Dr. Stengel

Datum/Unterschrift Patient (in)