

# Patientenangaben

Name \_\_\_\_\_

Vorname des Versicherten \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

KZV Nr. \_\_\_\_\_

# Selbstzahlerleistungen

für Patienten der Gesetzlichen  
Krankenversicherung  
Bitte **NICHT** für Privatpatienten  
verwenden!



- Rechnung an Patient\*  
Bitte Patienten-Adressfeld ausfüllen
- Rechnung an Arzt\*\*

männlich      Abnahmedatum      Abnahmezeit

weiblich     

Bitte markieren  
Sie nur so:



nicht so:



Markieren Sie **nicht**  
in Rot!



Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Bitte ausfüllen!

## Klinische Angaben:

- Parodontitis
- leichte
- mäßige
- fortgeschrittene
- refraktäre
- Periimplantitis
- Karies
- Gingivitis
- Erstuntersuchung
- Folgeuntersuchung
- Vorsorgeuntersuchung

## Sonstige Angaben:

## Untersuchungswunsch:

- 5 Parodontitis-Markerkeime      Papierspitze (64,12 €)
- 11 Parodontitis-Markerkeime      Papierspitze (81,61 €)
- Genet. Parodontitis-Risikocheck      Abstr. Wangenschleimhaut (52,46 €)
- aMMP-8 (Monitoring des destruktiven Gewebeabbaus)      GCF-Entnahmestreifen (26,23 €)
- Patientenbefund aMMP-8#

Entnahmestelle: (bitte ankreuzen)

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		

- Poolprobe (Ein Probengefäß mit bis zu 5 Papierspitzen / GCF-Entnahmestreifen)
- Je eine der 5 Papierspitzen / GCF-Entnahmestreifen in einem separaten Probengefäß. → Die Kosten der Untersuchung erhöhen sich um die Anzahl der Probengefäße!

Bei vielen klinischen Fragestellungen ist die Poolprobe ausreichend.  
Ohne Angabe gehen wir auch bei mehreren Probengefäßen von einer Poolprobe aus.

# Durch Markieren dieses Feldes erhalten Sie, zusätzlich zum ärztlichen, einen speziellen patientenverständlichen Befund.

### \* Selbstzahlerleistungen

Nach umfassender Aufklärung wünsche ich die Durchführung der oben gekennzeichneten Selbstzahlerleistungen. Ich weiß, dass die Leistungen in diesem Zusammenhang nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen gehören und von diesen nicht erstattet werden. Ich werde die privatärztlich nach GOÄ anfallenden Kosten meines Auftrages daher selbst tragen.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt und das mit den Laborleistungen beauftragte Bioscientia-Labor hat die Abrechnung ihrer Leistungen der PVS bayern AG (PVS), Arnulfstraße 31, 80636 München, übertragen. Alle Mitarbeiter dieses Unternehmens unterliegen den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes. Die Honorarforderung wird treuhänderisch an die PVS abgetreten. Die ermittelten Labor-Ergebnisse werden dem beratenden Arzt zugestellt.

### Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Abtretung und Übermittlung der zur Rechnungsstellung und zum Einzug der Forderungen notwendigen persönlichen Behandlungsdaten (Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, erbrachte Leistungen nach GOÄ und dazugehörige Diagnosen) an die oben genannten PVS-Unternehmen ein und entbinde den Arzt zugleich von der Schweigepflicht.

Datum    Unterschrift Patient/in

- Material JOX930N 5
- Material JOX930N 5
- Material JOX930N 5
- Material JOX930N 5
- Material JOX930N 5
- Material JOX930N 5

Zusatz  
**JOX930N**

Name \_\_\_\_\_

Dieses Etikett ist für  
Ihre Unterlagen bestimmt!

JOX930N DFÜ-ID:36930