

**MVZ für Histologie, Zytologie und molekulare Diagnostik Trier GmbH**  
 Registernummer HRB 44346 • Amtsgericht Wittlich  
 Max-Planck-Str. 5, 8, 17, 20 54296 Trier  
 Tel.: +49(0)651-948710  
 Fax: +49(0)651-948711234  
 Email: praxis@patho-trier.de  
 Homepage: www.patho-trier.de

**Ärztliche Leiter:**  
 Prof. Dr. med. Torsten Hansen  
 PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto  
**Geschäftsführung:**  
 Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen • Prof. Dr. med. Veit Krenn  
 Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann  
 PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto - FÄ f. Pathologie  
 Dr. rer. nat. Petra Wandernoth - Sprecherin der Geschäftsführung



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname & Adresse		
geb.am:		
Kassen-Nr:	Versicherten-Nr:	Status:
Betriebsstätten-Nr:	Arzt-Nr.:	Datum:

Aktueller Stand 08/2024

**Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)**

**PsorX-Test**

Sehr geehrte Patientin,  
 sehr geehrter Patient,

anbei finden Sie den Kostenvoranschlag für die Durchführung des PsorX-Test (CE-IVD) zur Differentialdiagnose von (Hand)-Ekzem und Psoriasis. Den Kostenvoranschlag können Sie vorab bei Ihrer Kasse oder ggf. Beihilfe einreichen. Für den Test kommt die von Ihnen in der Pathologie untersuchte Gewebeprobe zur Anwendung.

Leistung	Analogziffer	Einheit	Anzahl & Faktor	Leistungsbeitrag
Ersatz von Auslagen gemäß nach §10 Abs. 1 GOÄ				11,31 €
Chromosomenanalyse, Analogbewertung nach §6 Abs.2 GOÄ: PsorX-Test Genexpressionstest zur Differentialdiagnose von Ekzemen und Psoriasis.	4872A	113,66 €	3 x 0,7	238,69 €
<b>Gesamtkosten</b>				<b>250,00€</b>

**Einverständniserklärung:**

Ich wurde darüber informiert, dass die hier aufgeführten ärztlichen Leistungen unter den vorliegenden Gegebenheiten nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehören. Ich werde die Kosten der angeforderten Leistungen selbst tragen. Die Gebühren werden auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet.

Die Vereinbarung schließe ich auf meinen ausdrücklichen Wunsch, ich wurde nicht zu ihr gedrängt.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Patientin/Patient