



MVZ für Histologie, Zytologie und molekulare Diagnostik Trier GmbH

Max-Planck-Str. 5 • D-54296 TRIER • abrechnung@molekularpatho-trier.de • www.patho-trier.de • Tel: 0651/1461830, Fax: 0651/14618323

Geschäftsführer: PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto • Prof. Dr. med. Veit Krenn

Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann • Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen • Registernummer HRB 44346 • Amtsgericht Wittlich

Fachärzte z. A.: Prof. Dr. med. Dr. med. habil. W. Feiden - Facharzt für Pathologie und Neuropathologie • Dr. med. R. Kemmerling - Facharzt für Pathologie und Rechtsmedizin • Prof. Dr. med. C. Müller - Fachärztin für Dermatologie, Allergologie und Venerologie, Zusatzbez. Dermatopathologie • Dr. med. M. Esser • Prof. Dr. med. h.c. S. Falk • Prof. Dr. med. Dr. h.c. D. Schmidt • Dr. med. I. Simic • Dr. med. A. Smieskol • Dr. med. B. Walter - Fachärzte/Fachärztinnen für Pathologie

☒ MVZHMD Trier GmbH ☒

Max-Planck-Str. 5 ☒ 54296 Trier

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

## Kostenvoranschlag für PKV Patientinnen EndoPredict®-Test

Aktueller Stand 06/2021

Sehr geehrte Damen und Herren, anbei finden Sie den Kostenvoranschlag für die Durchführung des EndoPredict®- Brustkrebstest. Den Kostenvoranschlag können Sie vorab bei Ihrer Kasse oder ggf. Beihilfe einreichen. Der Test wird unter Verwendung von Tumorgewebe der Patientin durchgeführt.

Zur Anwendung kommen folgende GOÄ-Ziffern

Leistung	Analogziffer	Einheit	Anzahl & Faktor	Leistungsbeitrag
Nachweis eines Hormonrezeptors oder Immunhistochemie oder Zytochemie oder Immunzytochemie (Analogbewertung) Begründung: Aufarbeitung <b>EndoPredict®-Test</b>	4872A	20,40 €	16 x 1,8	€ 3.273,41
Ersatz von Auslagen nach §1072 GOÄ	P2	25,56 €	1 x 1	€ 25,56
<b>Rechnungsbetrag:</b>				<b>€ 3.298,97</b>

Mit der Übernahme der Kosten für die Durchführung des EndoPredict®- Brustkrebstests gemäß beiliegendem Kostenvoranschlag bin ich einverstanden.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich die Erstattung der Kosten für die Durchführung des EndoPredict® Brustkrebstest mit meiner Krankenversicherung klären sollte.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten