

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 05/2026

Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)

Dermatomykosen-Test

Multiplex-Analysen für die molekulare Infektionsdiagnostik

Sehr geehrte Patientin,
 sehr geehrter Patient,

anbei finden Sie den Kostenvoranschlag für die Durchführung des Dermatomykosen-Tests (CE-IVD) zum Nachweis und Speziesidentifizierung von Haut- und Nagelpilzerregern (Dermatophyten, Hefen und Schimmelpilze).

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				10,88 €
Chromosomenanalyse, auch einschließlich vorangehender kurzzeitiger Kultivierung – gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme – Analogbewertung nach §6 Abs.2 GOÄ: PCR-basierter Nachweis und Speziesidentifizierung von Haut- und Nagelpilzerregern (Dermatophyten, Hefen und Schimmelpilze).	4872A	113,66 €	1 x 1,40	159,12 €
Gesamtkosten				170,00€

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