

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

Kostenvoranschlag für PKV Patienten und Patientinnen

Aktueller Stand 08/2024

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.

Zur Anwendung kommen folgende GOÄ-Ziffern:

Leistung	Analogziffer	Einheit	Anzahl & Faktor	Leistungsbeitrag
Ersatz von Auslagen gemäß nach §10 Abs. 1 GOÄ				6,73 €
Chromosomenanalyse, Analogbewertung nach §6 Abs.2 GOÄ: PsorX-Test Genexpressionstest zur Differentialdiagnose von Ekzemen und Psoriasis.	4872A	113,66 €	3 x 1,3	443,27 €
Gesamtkosten				450,00 €

Mit der Übernahme der Kosten für die Durchführung PsorX-Tests gemäß beiliegendem Kostenvoranschlag bin ich einverstanden.

Die Erstattung der Kosten für die Durchführung des PsorX-Tests müssen Sie mit Ihrer Krankenversicherung klären.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient