

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 05/2026

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.

Zur Anwendung kommen folgende GOÄ-Ziffern:

Leistung	Analogziffer	Einheit	Anzahl & Faktor	Leistungsbeitrag
Ersatz von Auslagen gemäß nach §10 Abs. 1 GOÄ				6,74 €
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 €	2 x 1,73	393,26 €
Gesamtkosten				400,00 €

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

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

 Ort, Datum

 Unterschrift Patientin/Patient