

**Einverständnis und Auftrag des Patienten
zur privatärztlichen Leistung und Abrechnung des
Tumor-Chemosensitivitätstests
zur Optimierung einer Chemotherapie**

L.a.n.c.e.

Laborgemeinschaft
für angewandte
Cytostatikaevaluation

An
L.a.n.c.e.
Laborgemeinschaft für angewandte
Cytostatikaevaluation
Friedensplatz 16
53111 Bonn

Priv. Doz. Dr. med.
Christian Kurbacher
Prof. Dr. med.
Uwe Reinhold
Dr. med.
Wolfgang Nagel
Dr. med.
Matthias Schmidt

Friedensplatz 16
53111 Bonn

Fon 0228-4335836
Fax 0228-4335837

info@lance.de

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Einsendende Klinik: _____

Behandelnder Arzt: _____

Stempel der Klinik/des Arztes

Ich wurde durch Herrn/Frau Dr. _____ am _____._____._____ über den Nutzen und die Kosten des ATP-TCA-Tumor-Chemosensitivitätstest einschließlich der zu erwartenden Ergebnisse und Interpretationsmöglichkeiten und -grenzen aufgeklärt.

Die nachstehend angekreuzte Testserie einschließlich der aufgeführten Leistungen wird auf meinen ausdrücklichen Wunsch in Auftrag gegeben. Mit den folgenden Kosten und dem folgenden Abrechnungsmodus bin ich einverstanden:

<input type="checkbox"/> Eine Testserie (bis zu sieben (7) Cytostatika oder Kombinationen) für insgesamt	<input type="checkbox"/> Zwei Testserien (bis zu vierzehn (14) Cytostatika oder Kombinationen) für insgesamt	<input type="checkbox"/> Drei Testserien (bis zu einundzwanzig (21) Cytostatika oder Kombinationen) für insgesamt
1.433,18 €	1.941,69 €	2.450,21 €
Dieser Betrag beinhaltet die Kosten für ein Testkit der zytostatische Funktions-Prüfung in Höhe von 511,39 € (7er-Testreihe) sowie die Kosten folgender Leistungen in Höhe von 921,79 €:	Dieser Betrag beinhaltet die Kosten für ein Testkit der zytostatische Funktions-Prüfung in Höhe von 1.019,90 € (14er-Testreihe) sowie die Kosten folgender Leistungen in Höhe von 921,79 €:	Dieser Betrag beinhaltet die Kosten für ein Testkit der zytostatische Funktions-Prüfung in Höhe von 1.528,42 € (21er-Testreihe) sowie die Kosten folgender Leistungen in Höhe von 921,79 €:
GOÄ (Gebühren-Nr.)	Text	Faktor GOÄ
4003	Dichtegradientenzentrifugation (§ 5 Zeit: Personalintensive Aufarbeitung)	1,30
4873A	Aufarbeitung u. Dissoziation von Tumorgewebe (§ 5 Zeit: Überdurchschnittlicher technischer Aufwand)	2,50
4852	Zytologie von Zellsuspensionen (§ 5 Zeit: Erschwerte Umstände)	2,50
4810	Histologische/zytologische Untersuchung,	3,50

Formular für privat versicherte Patienten

	zur Krebsdiagnostik	
3505	Mikroskop. Einzelbestimmung (§ 5 Zeit: Personalintensive Untersuchung)	1,30
3693A	Granulozytenfunktionstest	3,50
3699A	Mikroskopische Untersuchung nach einf. Färbung analog: Phänotypisierung/Rezeptornachweis, Zellen, Immunfluoreszenz (Stromazelle)	3,50
3698A	Phänotypisierung/Rezeptornachweis, Zellen, Immunfluoreszenz, weitere Antiseren (Tumorzellen)	3,50
75	Ausführlicher schriftlicher Befund (§ 5 Zeit: Außergewöhnlicher ärztlicher Aufwand)	3,50
78	Behandlungsplan Chemotherapie und/oder schriftlicher onkologischer Nachsorgeplan	3,50
1	Beratung, auch telefonisch	3,50

Die Leistung gilt auch dann als erbracht, wenn aufgrund mangelnden Zellwachstums keine Interpretation möglich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass nicht mehr benötigtes Biopsiematerial zur Weiterentwicklung der Tumorthherapie verwendet werden kann.

Die aufgeführten Leistungen werden mir von L.a.n.c.e. in Rechnung gestellt und von mir gezahlt. Eine Rückvergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Ich bin damit einverstanden, dass mir eine Kopie dieses Vertrages nach Gegenzeichnung durch den Arzt der Laborgemeinschaft und nach Erbringung der Leistung zusammen mit der Rechnung zugesandt wird.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Ort, Datum

Unterschrift Arzt / Ärztin der
Laborgemeinschaft