

## Unverbindlicher Kostenvoranschlag

**Geltungsbereich:** Institut für Pathologie, Department für Diagnostik, Institut für Pathologie, Liebigstraße 26, Haus G, 04103 Leipzig

**Patient/in:** \_\_\_\_\_

(Nachname, Vorname, Geburtsdatum Patient/in)

Sehr geehrte /r Frau / Herr: \_\_\_\_\_,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserem molekulopathologischen Leistungsangebot.

Für die Untersuchung einer OncoDEEP-Testung, erlauben wir uns Ihnen folgende Kosten in Rechnung zu stellen.

| Beschreibung           | Abrechnungsnummer | Einzelbetrag | Betrag    | Faktor | Endbetrag               |
|------------------------|-------------------|--------------|-----------|--------|-------------------------|
| OncoDEEP-Testung (GOÄ) | 24 x 4872         | 113,66 €     | 2727,84 € | 1,8    | 4910,11 €               |
| Summe Gesamt:          |                   |              |           |        | <b><u>4910,11 €</u></b> |

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Stempel (Anfordernder Arzt/Ärztin/ Einrichtung)

**Patienteninformation:**

*Hiermit bestätige ich, dass ich in vollem Umfang über die angeforderte molekulopathologische Leistung, sowie über die damit verbundenen Kosten, aufgeklärt wurde. Ich bin mir bewusst, dass die oben genannten Preise nicht verbindlich sind und durch etwaigen Mehraufwand überschritten werden können. Mit Abgabe meiner Unterschrift stimme ich der oben genannten Anforderung sowie einer Übernahme der Kosten zu.*

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (Patient/in)