

# Erklärung

über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen

Name, Vorname

Geburtsdatum:

Anschrift:

Ich wünsche die Durchführung der folgenden individuellen Gesundheitsleistung (en):

## **Mykoplasmen und Chlamydien im Urin oder Sperma**

**Immunologischer Test auf o.g. sexuell übertragbare Erreger**

Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte ärztliche Leistung bei fehlenden Beschwerden nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehört, und dass die Liquidation für diese Leistung auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt.

**Chlamydien – Test (GOÄ: 4525 ):**

- **Einmalige Untersuchung - 14,57 Euro**

**Mykoplasmen – Test (GOÄ: 4272 ):**

- **Einmalige Untersuchung - 29,73 Euro**

Ort, Datum

Unterschrift