

# Unverbindlicher Kostenvoranschlag



**Patient/in:** \_\_\_\_\_  
(Nachname, Vorname, Geburtsdatum Patient/ in)

**Department für Diagnostik**  
Institut für Pathologie  
Liebigstraße 26, Gebäude G  
D-04103 Leipzig

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

vielen Dank für Ihr Interesse an unserem molekularpathologischen Leistungsangebot.

Für die Untersuchung einer TSO500-Testung, erlauben wir uns Ihnen folgende Kosten in Rechnung zu stellen.

Untersuchungsmaterial	Abrechnungsziffern	Einzelbetrag	Betrag	Faktor	Endbetrag
TSO500-Testung (GOÄ)	24 x 4872A	113,66 €	2727,84 €	1,8	4910,11 €
<b>Summe Gesamt:</b>					<b>4910,11 €</b>

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

**Patienteninformation:**

*Hiermit bestätige ich, dass ich im vollem Umfang über die angeforderte molekularpathologische 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)