

## Kostenübernahmeerklärung

### Präimplantationsdiagnostik (Trophektoderm) für Chromosomenveränderungen

Patient \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Die Kosten der Untersuchung setzen sich wie folgt zusammen:

#### Transport der Trophektoderm-Proben und Erstellung eines Gutachtens

Leistung / GOÄ-Nr.	1-facher Satz in €	Steigerungssatz	Anzahl	Betrag in €
Transportkosten				<b>83,00</b>
85	29,14	2,3	1	<b>67,02</b>

#### Vervielfältigung des Erbguts einer Trophektodermprobe und Prüfung der Qualitätskriterien vor der PID\*

Leistung / GOÄ-Nr.	1-facher Satz in €	Steigerungssatz	Anzahl	Betrag in €
3920	52,46	1	1	52,46
3922	29,14	1	1	29,14
				<b>81,60</b>

\* Diese Kosten pro Probe fallen auch dann an, wenn keine genetische Analyse des Embryos durchgeführt werden kann.

#### Untersuchung einer Trophektodermprobe eines PID-Zyklus

Leistung / GOÄ-Nr.	1-facher Satz in €	Steigerungssatz	Anzahl	Betrag in €
3926	116,57	0,22	46	<b>1179,70</b>

#### Untersuchung weiterer Trophektodermproben eines PID-Zyklus, Preis pro Probe

Leistung / GOÄ-Nr.	1-facher Satz in €	Steigerungssatz	Anzahl	Betrag in €
3926	116,57	0,08	46	<b>428,98</b>

Ich wünsche, dass die humangenetische Untersuchung auf privatärztlicher Basis durchgeführt wird. Falls meine private Krankenversicherung die Kosten der Untersuchung nicht oder nicht in vollem Umfang übernimmt, werde ich die Rechnung selbst in vollem Umfang begleichen.

Sollten Sie ein Finanzierungsangebot für diese Diagnostik wünschen, senden wir Ihnen gerne die entsprechenden Unterlagen zu. Ich wünsche die Zusendung von Informationsmaterial zum Finanzierungsangebot:

Ja

Nein

Ort, Datum

Unterschrift