

Behandlungs- und Honorarvertrag über medizinische Wahlleistungen - Testikuläre Spermienextraktion -

mit

Patient: Patientenaufkleber oder Name, Vorname Geb.-Dat. Straße, Nr. PLZ. Wohnort

Nach eingehender Beratung werden auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten / gesetzlichen Vertreters folgende Gesundheitsleistungen und deren Vergütung vereinbart.

Testikuläre Spermienextraktion (TESE)

O bei einem tagesstationären Aufenthalt inkl. postoperativer Überwachung: **1210,-** € und ggf. <u>zusätzlich</u>

O die Aufbereitung von Gewebe/Spermien für die Kryokonservierung: 428, - € Hinweis: Sollten weitere Untersuchungen notwendig sein oder nachfolgen, werden diese zusätzlich gesondert in Rechnung gestellt (wenn zutreffend).

Der Patient bzw. sein(e) gesetzlicher Vertreter wurde(n) darüber aufgeklärt, dass die Behandlung nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten ist und damit <u>nicht</u> zu den <u>allgemeinen</u> Krankenhausleistungen gehört. Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen (z.B. Krankenkassen, Beihilfestellen) ist nicht gewährleistet.

Der Patient / der (die) gesetzliche(n) Vertreter erklärt sich hiermit bereit, die Kosten der Behandlung selbst auszugleichen. Der Patient ist vom aufklärenden Arzt darauf hingewiesen worden, dass im Falle von auftretender Komplikationen oder notwendigen Nachbehandlungen ggf. mit einer Anpassung des Betrages und ggf. einer Nachzahlung zu rechnen ist.

Für Bareinzahlung: UMG Kasse (Haupteingang, rechts); Öffnungszeiten: Mo-Fr. 8:30-12:30

Für Überweisungen: bitte unbedingt mit dem Verwendungszweck:

"Klinik für Urologie / Name+Vorname des Patienten / Operative Wahlleistung Urologie".

Bankverbindung UMG: IBAN DE55 2605 0001 000 000 0448 BIC: NOLA DE 21 GOE

Bitte beachten Sie das Sie erst einen OP-Termin bekommen, wenn Sie einen Nachweis der Überweisung beim OP-Management vorgelegt haben!

Datum, Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter	Unterschrift des behandelnden / aufklärenden Arztes