

Individuelle GesundheitsLeistungen – Geburtsgmedizin/Schwangerschaft

Name _____ Pat-ID _____ Helferin _____

Liebe Patientin,
herzlichen Glückwunsch zu Ihrer Schwangerschaft!

Wir möchten Ihnen in den vor Ihnen liegenden Monaten Ihrer Schwangerschaft eine gründliche und individuelle Betreuung bieten. Ihr Wohlbefinden und die Sicherheit Ihres Babys sind uns wichtig. Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen nach den Mutterschaftsrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bieten wir selbstverständlich an.

ZUSATZLEISTUNGEN in IHRER SCHWANGERSCHAFT

Um Ihre Betreuung zu optimieren, bieten wir Ihnen zusätzliche Untersuchungen außerhalb der kassenärztlichen Versorgung an. Diese individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) sind Privatleistungen und werden auf Ihren Wunsch hin auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) durchgeführt. Bitte entnehmen Sie die Informationen zu den einzelnen Tests unseren ausgelegten Flyern oder sprechen Sie uns gerne auch direkt an.

Individuelle Blutuntersuchungen auf schädigende Bakterien und Viren:

- | | | | | |
|----|--|--------------------------|-------|------|
| a) | Toxoplasmose Test
(plus Folgerechnung vom Labor über € 20,40) | <input type="checkbox"/> | 13,05 | Euro |
| b) | Zytomegalie Test
(plus Folgerechnung vom Labor über € 13,99) | <input type="checkbox"/> | 13,05 | Euro |
| c) | Listeriose Test
(plus Folgerechnung vom Labor über € 14,57) | <input type="checkbox"/> | 13,05 | Euro |
| d) | Ringelröteln Test
(plus Folgerechnung vom Labor über € 31,48) | <input type="checkbox"/> | 13,05 | Euro |
| e) | Röteltiter-Bestimmung
(plus Folgerechnung vom Labor über € 13,99) | <input type="checkbox"/> | 13,05 | Euro |

Sonstige medizinisch empfohlene Zusatzuntersuchungen:

- | | | | | |
|----|--|--------------------------|-------|------|
| f) | Vaginalabstrich (B-Streptokokken-Infektion), ca. 36.SSW
(plus Folgerechnung vom Labor über 6,99€) | <input type="checkbox"/> | 13,05 | Euro |
|----|--|--------------------------|-------|------|

IGeL-Leistung Betrag	bezahlt	<input type="checkbox"/> bar	<input type="checkbox"/> EC	Euro
----------------------	---------	------------------------------	-----------------------------	------

Einverständniserklärung (Erklärung zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Leistung):

Mein/e Ärzt/in hat mich auf die medizinische Bedeutung dieser Zusatzuntersuchungen in der Schwangerschaft hingewiesen und ich fühle mich ausreichend aufgeklärt. Es ist mir bekannt, dass diese Untersuchungen nicht Bestandteil der Mutterschaftsrichtlinien und somit nicht erstattungsfähig sind. Über die Kosten der GOÄ bin ich informiert.

Meine Krankenkasse gewährt im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung.

- Ich wünsche die oben angekreuzten ärztlichen Zusatzleistungen
 Ich wurde informiert und wünsche keine der aufgeführten Zusatzleistungen

Ich bin mit den oben gekennzeichneten Leistungen zzgl. 6,10 Euro nach §10 für Laborleistungen einverstanden.

Datum / Unterschrift