

Individuelle GesundheitsLeistungen – minimal invasive Gynäkologie

Name _____ Pat-ID _____ Helferin _____

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.

- a) Ultraschalluntersuchung des kleinen Beckens 39,05 Euro
- b) Lagekontrolle nach Spiraleinlage (IUD) 26,44 Euro
- c) Darmkrebsvorsorge / Prevent 15,00 Euro
- d) HPV-Diagnostik (Virusdiagnostik zur Krebsvorsorge)
(plus Folgerechnung vom Labor über € 29,26 / high risk) 16,75 Euro
- e) HPV-Diagnostik (Virusdiagnostik zur Krebsvorsorge)
(plus Folgerechnung vom Labor über € 52,00 / low risk + high risk) 16,75 Euro
- f) ThinPrep (Dünnschicht-Zytologie)
(plus Folgerechnung vom Labor über € 65,00) 13,05 Euro
- g) HIV-Test (Aids Test)
(plus Folgerechnung vom Labor über € 17,49) 13,05 Euro
- h) Hormon-Check (Kinderwunsch/Wechseljahre)
(plus Folgerechnung vom Labor über € 125,31) 13,05 Euro
- i) Chlamydien Abstrich
(plus Folgerechnung vom Labor über € 116,57) 26,20 Euro
- k) Chlamydien Urin
(plus Folgerechnung vom Labor über € 99,09) 13,05 Euro
- m) Beckenboden Check
(inkl. Ultraschall/Introitus-Sonographie) 40,00 Euro
- n) Ringelröteln Test
(plus Folgerechnung vom Labor über € 31,48) 13,05 Euro

IMPFUNGEN

- o) Gynatren
 - 3-fach Impfung (bei vag. Entzündungen) - plus Impfstoff über Privatrezept 47,00 Euro
 - Auffrischung nach 1 Jahr - plus Impfstoff über Privatrezept 10,70 Euro
- p) StroVag-Impfung (plus Impfstoff über Privatrezept) 10,70 Euro
- q) HPV Impfung, pro Impfung mit Cervarix (3-fach Impfung nötig)
oder im Paket als 3-fach Impfung (Einmalzahlung) 195,05 Euro
 529,25 Euro

IGeL-Leistung Betrag _____ bezahlt bar EC _____ Euro

Einverständniserklärung (Erklärung zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Leistung):

Mein/e Arzt/in hat mich auf die medizinische Bedeutung dieser Zusatzuntersuchungen hingewiesen und ich fühle mich ausreichend aufgeklärt. Es ist mir bekannt, dass diese Untersuchungen nicht Bestandteil der gesetzlichen Gesundheitsvorsorge 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