

# Individuelle GesundheitsLeistungen - Vorsorge

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  | <input type="checkbox"/> | 39,05 Euro |
| b) Ultraschalluntersuchung der Brust  | <input type="checkbox"/> | 38,45 Euro |
| c) Darmkrebsvorsorge / Prevent  | <input type="checkbox"/> | 15,00 Euro |
| d) HPV-Diagnostik (Virusdiagnostik zur Krebsvorsorge)<br>(plus Folgerechnung vom Labor über € 29,26 - high risk)            | <input type="checkbox"/> | 16,75 Euro |
| e) HPV-Diagnostik (Virusdiagnostik zur Krebsvorsorge)<br>(plus Folgerechnung vom Labor über € 52,00 / low risk + high risk) | <input type="checkbox"/> | 16,75 Euro |
| f) HIV-Test (Aids Test)<br>(plus Folgerechnung vom Labor über € 17,49)  | <input type="checkbox"/> | 13,05 Euro |
| g) Beckenboden-Check inklusive Ultraschall (Introitus-Sonographie)  | <input type="checkbox"/> | 40,00 Euro |
| h) Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung mittels Dünnschichtdiagnostik<br>(plus Folgerechnung vom Labor über € 58,78)           | <input type="checkbox"/> | 25,40 Euro |

Spezielle Angebote:

- |  |                          |             |
|--|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Igel Paket - 1 (a/b/c)  | <input type="checkbox"/> | 82,00 Euro  |
| <input type="checkbox"/> Igel Paket - 2 (a/b/c/d)<br>(plus Folgerechnung vom Labor über € 29,26) | <input type="checkbox"/> | 99,00 Euro  |
| <input type="checkbox"/> Igel Paket - 2 (a/b/c/f)<br>(plus Folgerechnung vom Labor über € 52,00) | <input type="checkbox"/> | 99,00 Euro  |
| <input type="checkbox"/> Igel Paket - 3 (a/g)  | <input type="checkbox"/> | 71,00 Euro  |
| <input type="checkbox"/> Igel Paket - 4 (a/b/g)  | <input type="checkbox"/> | 105,00 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