

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Name der Patientin: _____

Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Patientin,
in der heutigen Untersuchung haben Sie die Möglichkeit eine der unten genannten Wahlleistungs-Untersuchungen (IGeL) in Anspruch zu nehmen. Ich werde die Kosten selbst tragen. Mir ist bekannt, dass eine Kostenerstattung durch meine gesetzliche Krankenversicherung nicht möglich ist. Bitte kreuzen Sie dazu die gewünschten Untersuchungen an und bestätigen dies am Ende des Blattes mit Ihrer Unterschrift.

- 1. vaginale Sonografie (Ultraschalluntersuchung)** **70 €**
(GOÄ-Ziffern: 401, 403, 410 (Uterus), 420 (3x Adn. re././Blase); Faktor 1,2)
• Ist eine sichere Methode zur Beurteilung der weiblichen Organe im kleinen Becken, wobei bereits nicht tastbare Veränderungen, wie z. B. Zysten an den Eierstöcken oder Myome und Polypen an der Gebärmutter, frühzeitig entdeckt werden können
• Zur Beurteilung der Gebärmutter Schleimhaut (Endometrium), zur Zyklus-Phasenbestimmung oder zur Follikulometrie
• Vaginale Sonografie zur Prüfung und Lagekontrolle Ihrer Spirale (Intrauterinpeessar, IUD)
- 2. Brust-Ultraschall** **90 €**
(GOÄ-Ziffern: 401, 418 (Mamma re.), 75, 420 (3x Mamma. li./Axilla re./li.); Faktor 2,5)
• Zur Entdeckung von nicht tastbaren Tumoren oder Veränderungen des Brustgewebes und Lymphknoten der Axilla (Achselhöhle),
• empfohlen ab dem Alter von 35 Jahren
- 3. Ultraschall in der Schwangerschaft + Fetomaternaler Doppler** **90 €**
(GOÄ-Ziffern: 403, 404, 405, 415, 420; Faktor 2,2)
• Zusätzliche Ultraschalluntersuchungen neben den drei allgemeinen Untersuchungen in der Schwangerschaftsvorsorge.
- 4. vaginale und transabdominale Darstellung des weiblichen Beckens mit Ultraschall** **100 €**
(GOÄ-Ziffern: 401, 403, 410, 420; Faktor 2,31)
• Inklusive Blase-, Harnröhre- und Nierensonografie. Empfohlen zur Restharnbestimmung oder zur Anatomiebeurteilung nach
• Operationen mit Rekonstruktion am Beckenboden.
- 5. PAP-Abstrich** **25 € + Laborkosten**
(GOÄ-Ziffern 1105; Faktor 2,4) + zzgl. Kosten für Pathologie-Labor
• Abstrich zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs und/ oder Zellveränderungen (Dysplasie)
• Ein Anspruch in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht für Frauen zwischen 20- 34 Jahren jährlich
• Pap-Abstrich ab dem Alter von 35 Jahren nur alle 3 Jahre in Kombination mit HPV-Testung und nicht mehr für Frauen ohne Gebärmutter vorgesehen
- 6. Test für Blasenkrebsfrüherkennung** **35 €**
(GOÄ-Ziffern: 3911.H3; Faktor 1,33)
• Urintest durch Bestimmung eines blasenkrebszellenspezifischen Proteins, empfohlen ab dem Alter von 40 Jahren (besonders bei Raucherinnen oder Zustand nach chronischen Harnwegsinfekten (HWI))
- 7. Chlamidien-Test** **35 € + Laborkosten**
(GOÄ-Ziffern: 4525 F 1,33, 1,298)
• Vaginaler Abstrich - Selbstzahlerleistung für Frauen über 25 Jahren
• Gehört zu den häufigen sexuell übertragbaren Infektionen und eine jährliche Untersuchung wird empfohlen

- 8. Blutentnahme** **25 €**
(GOÄ-Ziffern: 250 F 2,3;3) + zzgl. Laborkosten
- 8a.) Sexuell übertragbare Erkrankungen (z.B Hepatitis, HIV, Syphilis, Herpes)
 - 8b.) Fruchtbarkeit (Hormonbestimmung von z.B. FSH, LH, Estradiol, Progesteron, AMH, Inhibin B, TSH) - Blutentnahme folgt zwischen dem 2. und 5. Zyklustag
 - 8c.) Wechseljahre Labordiagnostik
- 9. Vaginom Check**
- 9a.) Keimbiesiedlung der Vagina - Vaginalabstrich für eine individuelle Therapieempfehlung - **40 €**
(GOÄ-Ziffern 3, 15, 298; Faktor 1,40)
 - 9b.) Streptokokken-Abstrich in der Schwangerschaft (SSW. 33-35) - (GOÄ-Ziffern 1, 4520; Faktor 1,56) **30 €**
- 10. Entfernung der Spirale** **35 €**
(GOÄ-Ziffern 3, 1092; Faktor 3,0)
- 11. Intravesikale Applikation des Medikamentes mittels Einmalkatheters** **35 €**
GOÄ-Ziffern 3, 1731; Faktor 2,5
- Bei Blasenschmerzen oder rezidivierenden Harnwegsinfekten
- 12. Schwangerschaftstest** **15 €**
(GOÄ-Ziffern 3529; Faktor 1,8)
- 13. Atteste/ Bescheinigungen** **10 €**
(GOÄ-Ziffern 70; Faktor 3,5)
- Kurzbescheinigungen - AU, Entbindungstermin, Ärztliches Attest
- 14. Brieferstellung** **30€**
(GOÄ-Ziffern 75; Faktor 3,5)

Ich erkläre mich damit einverstanden, die ausgewählten Leistungen als individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) in Anspruch zu nehmen und bestätige den Erhalt der Rechnung sowie die Kenntnisnahme des privatärztliche Leistungsangebots*

Ja, ich bin einverstanden Nein, ich bin nicht einverstanden

Zahlungsmethode*: Barzahlung Kartenzahlung

Datum _____

Unterschrift der Patientin*: _____ Gesamtsumme (Wird von Praxismitarbeiter ausgefüllt): _____

Diese Rechnung unterliegt der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Pflichtfelder sind anzugeben und mit einem * gekennzeichnet