

# KREBSFRÜHERKENNUNG (Männer ab 45)

Die gesetzlichen Krankenkassen empfehlen ab 45 die jährliche Durchführung einer Krebsfrüherkennung (KV), die folgende Leistung beinhaltet:

⇒ Untersuchung der äußeren Geschlechtsorgane und der Prostata

Nicht im Leistungsumfang dieser präventiven Untersuchung enthalten sind:

⇒ Urinuntersuchung

⇒ PSA (Tumormarker der Prostata)

⇒ Ultraschalluntersuchung von Prostata + Harnblase

Im Alter von 50 bis 54 Jahren erfolgt zur Früherkennung von Darmkrebs eine jährliche Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl (**iFOBT**). Ab 55 sind zwei Darmspiegelungen im Abstand von zehn Jahren oder Stuhluntersuchungen alle zwei Jahre vorgesehen.

Falls zusätzliche Untersuchungen rein präventiv gewünscht werden, müssen die Kosten hierfür privat getragen werden. Nur bei medizinischer Notwendigkeit, z.B. bei kontrollbedürftigen Vorerkrankungen oder akuten Beschwerden, wird diese Diagnostik von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

**Bitte informieren Sie uns über akute Beschwerden oder andere Anliegen!**

Im Rahmen einer Krebsfrüherkennung gewünschte Untersuchungen markieren Sie bitte in der rechten Spalte der Tabelle (GOÄ=Gebührenordnung für Ärzte):

Untersuchung	GOÄ-Ziffer	Eigenbeteiligung	
<b>Abdomen-Sonographie</b> (Bauch-Ultraschall)	ein Bauchorgan (GOÄ 410: € 26,82)	€ 22,74	
	<b>alle Bauchorgane</b> (GOÄ 410 + 3x 420: € 58,98)	€ 50,-	
<b>venöse Blutabnahme</b>	250	€ 4,20	
<b>Prevent:</b> okkultes Blut im Stuhl		€ 15,-	
<b>Urin</b> (Streifentest)	3652	€ 2,35	
<b>Überweisung</b> an Labormedizin	2	€ 3,15	
<b>Fachlabor</b> (Rechnungsstellung erfolgt über SYNLAB Ettlingen):			
Tumormarker Prostata: <b>PSA</b>	GOÄ 3908.H3	€ 17,49	
	<b>Gesamtkosten:</b>	€	

## Verzichtserklärung des Patienten:

- Es ist mir bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Dennoch wünsche ich die oben aufgeführten Leistungen. Ich weiß, dass die Behandlung nicht erstattungsfähig ist und dass der oben genannte Betrag von mir selbst zu tragen ist.

B.-Baden,

Ort, Datum

Unterschrift: Patient/in

- maschinell erstellt und ohne Unterschrift gültig -

Dr. Anja Plonz

Betrag: € \_\_\_\_\_ bezahlt am \_\_\_\_\_

Stempel: