

**Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) zur u.a. erweiterten
Krebsfrüherkennungsuntersuchung**

Privatliquidation nach GOÄ* (Gebührenordnung für Ärzte) und Einverständniserklärung

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

	GOÄ*-Ziffer	Untersuchung	Betrag in €	Faktor	Gesamt in €
	250	Blutabnahme	2,33	1,8	4,19
	3908H3	PSA-Bestimmung (Prostata-spezifisches Antigen)	17,49	1,15	20,11
	4042	Testosteron-Bestimmung	20,40	1,15	23,46
	4852	Urin-Zytologie (Zellveränderungen)	10,14	1,8	18,25
	A3735	Immunologischer Blutnachweis im Stuhl (ImmoCare)	6,99	1,15	8,05
	410	Ultraschall eines Organs (z.B. Prostata)	11,66	2,3	26,82
	403	Zuschlag transrektaler Ultraschall	8,74	1,8	15,73
	3 x 420	Zusätzlich Nieren beidseits und Blase	4,66	2,3	32,15
	3 x 420	Zusätzlich Nieren beidseits, Blase, Hoden und Nebenhoden beidseits	4,66	3,5	48,96
	410 + 2x 420	„Nieren- und Blasencheck“	20,98	2,3	48,25
	3668 + 75	Spermiogramm incl. Befundbericht	23,31 + 7,58	1,15 2,3	44,24
Summe					

*Gebührenordnung für Ärzte

Die Durchführung obiger Leistungen erfolgt auf meinen eigenen Wunsch nach eingehender Aufklärung, auch darüber, dass die entstehenden Kosten nicht von der Krankenkasse erstattet werden darf, da es sich um eine Leistung entsprechend SGB V § 12 handelt.

Die Kosten der oben aufgeführten Leistungen trage ich selbst. Diese Einverständniserklärung gilt zugleich als Behandlungsvertrag. Die Leistung ist gemäß §4 Nummer 14 des Umsatzsteuergesetzes als Heilbehandlung von der Umsatzsteuer befreit.

Betrag vor Ort entrichtet

Ich wünsche eine Rechnung über die PVS Niedersachsen

Ort, Datum, Unterschrift

Unterschrift Praxismitarbeiter