



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG
**PRÄVENTIVE MAMMOGRAPHIE / MAMMASONOGRAPHIE IGEL
(INDIVIDUELLE GESUNDHEITSLEISTUNG)**



Name, Vorname (BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN)



Geburtsdatum



Adresse



Telefonnummer



Versicherung

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass eine Mammographie/Mammasonographie bei mir zur Früherkennung des Brustkrebsrisikos zwar medizinisch sinnvoll, aber keine Routineuntersuchung im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchung der gesetzlichen Krankenkassen ist und deshalb von mir privat zu bezahlen ist.

**Kosten für die digitale Mammographie,
gegebenenfalls Sonographie**

Mammasonographie bds.	60,00 €
Mammographie bds.	105,78 €
Mammographie und Sonographie bds.	131,13 €

Ich bitte um die Durchführung der o.g. Untersuchung und verpflichte mich, die Kosten, die nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 96) abgerechnet werden, zu bezahlen.

Ich wünsche, dass ein Untersuchungsergebnis meiner/m behandelnden Gynäkologin/en übermittelt wird.



Ort, Datum, Unterschrift (Patient)