

Praenatal-Medizin
und Genetik

Patientin

Kostenübernahme-Erklärung bei Selbstzahler-Leistungen

Ich wünsche die Durchführung
der folgenden Untersuchung:

- Ersttrimester-Screening (12+0 bis 13+6 SSW) € 260,-
 - Beratung
 - Frühe Organdiagnostik
 - Messung von PAPP-A, β -HCG und PIGF im Blut zur Risikobestimmung
- Beratung und frühe Organdiagnostik € 220,-
- Messung von PAPP-A, β -HCG und PIGF im Blut zur Risikobestimmung € 50,-
- Feindiagnostik mit farbkodierter Echokardiographie (ab 19+0 SSW) € 220,-
- Feindiagnostik und Dopplerultraschall 27-40 SSW € 170,-
- Diagnostische Punktion € 420,-
 - Genetische Beratung
 - Feindiagnostik
 - Fruchtwasserpunktion oder Chorionzottenbiopsie
- Ersttrimester-Screening bei Zwillingen (12+0 bis 13+6 SSW) € 340,-
 - Beratung
 - Frühe Organdiagnostik
 - Messung von PAPP-A, und β -HCG im Blut zur Risikobestimmung
- Beratung und frühe Organdiagnostik bei Zwillingen € 290,-
- Messung von PAPP-A, und β -HCG im Blut zur Risikobestimmung bei Zwillingen € 50,-
- Feindiagnostik mit farbkodierter Echokardiographie bei Zwillingen (ab 19+0 SSW) € 370,-
- Feindiagnostik und Dopplerultraschall 27-40 SSW bei Zwillingen € 270,-
- Genetische Beratung nach Aufwand

Mir ist bekannt, dass die von mir gewünschte Leistung nicht zwingend medizinisch notwendig ist. Ich wünsche daher die Durchführung dieser Leistung als Selbstzahler/in und werde die voraussichtlichen Kosten selbst tragen. Eine spätere Kostenerstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung ist nicht möglich (nach §12 Abs. SGB V). Die Rechnungsstellung erfolgt nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte). Die Kosten werden am Untersuchungstag **in bar oder per EC-Karte** beglichen. Diese Vereinbarung gilt als Quittung.

.....
Datum

.....
Unterschrift **Patientin**

Den oben genannten Rechnungsbetrag haben wir heute dankend erhalten.

.....
Datum

.....
Unterschrift **Mitarbeiter**