

**Praxisdaten**

BSNR:

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

# Patientenerklärung

## Koloskopie zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms

### Patientendaten

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

Ich möchte im aktuellen Kalendervierteljahr \_\_\_\_\_ (Angabe des Quartals) eine Darmspiegelung (Koloskopie) zur Früherkennung von Darmkrebs in der oben genannten Praxis in Anspruch nehmen.

Männliche Versicherte haben ab dem vollendeten 50. Lebensjahr und weibliche Versicherte ab dem vollendeten 55. Lebensjahr Anspruch auf insgesamt zwei Koloskopien zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms. Die zweite Früherkennungs-Koloskopie kann frühestens zehn Jahre nach Durchführung der ersten beansprucht werden.

Mir ist bekannt, dass diese Leistung von meiner Krankenkasse entsprechend oben genannter Bestimmungen innerhalb von zehn Jahren pauschal nur einmal und nur einer Praxis vergütet wird (insgesamt höchstens zwei Mal im Leben).

Ich wähle daher allein die oben genannte Praxis zur Durchführung dieser Leistung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift