

Praxisdaten

BSNR:

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Patientenerklärung

Untersuchung zur Krebsfrüherkennung bei Frauen

Patientendaten

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Ich möchte im aktuellen Kalenderjahr _____ (Angabe des Kalenderjahres) eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau, wie unten angegeben, in der oben genannten Praxis in Anspruch nehmen. Weibliche Versicherte ab dem Alter von 20 Jahren, haben einmal im Kalenderjahr Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen:

- zwischen 20 und 34 Jahren auf eine klinische Untersuchung und zusätzlich auf eine zytologische Untersuchung.
- ab 35 Jahren auf eine klinische Untersuchung und zusätzlich alle drei Jahre auf ein kombiniertes Screening aus zytologischer Untersuchung und HPV Test.

Mir ist bekannt, dass die von mir gewählte Leistung von meiner Krankenkasse entsprechend oben genannter Bestimmungen nur einer Praxis vergütet wird.

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

Ort, Datum

Unterschrift