HAUTZENTRUM BURGDORF

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Private dermatologische Hautkrebsvorsorge

Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Gewünschte Vorsorgeleistung

Ich wünsche ausdrücklich eine dermatologische Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Hautkrebs. Die Untersuchung kann die Ganzkörperinspektion der Haut, die dermatoskopische Beurteilung auffälliger Hautveränderungen sowie die ärztliche Beratung und Befundbesprechung umfassen.

☐ Dermatologische Ganzkörperuntersuchung inkl. Dermatoskopie	Karte/ Bar CHF _150 .- / 140.-
☐ Bodyscan Ganzkörperuntersuchung, Dermatoskopie und FotoFinder inkl. Fotodokumentation	Karte/ Bar CHF _280 .- / 270.-

Kosten und Versicherung

Mir ist bekannt, dass die oben gewählte Untersuchung als private Vorsorgeleistung erbracht und mir persönlich in Rechnung gestellt wird. Eine allfällige Zusatzversicherung nach VVG kann die Kosten je nach Versicherungsprodukt ganz, teilweise oder nicht übernehmen. **Die Arztpraxis übernimmt keine Garantie für eine Kostenübernahme durch die Versicherung.** Eine Ablehnung oder Kürzung der Vergütung durch die Versicherung entbindet mich nicht von meiner Zahlungspflicht gegenüber der Arztpraxis.

Abgrenzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG)

Die oben bezeichnete reine Vorsorgeleistung wird nicht als Behandlung einer bereits bestehenden Erkrankung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet. **Ergibt sich im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung ein medizinisch abklärungs- oder behandlungsbedürftiger Befund,** können die medizinisch indizierte weitere Diagnostik und Behandlung – soweit die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind – separat nach den dafür geltenden gesetzlichen und tariflichen Bestimmungen abgerechnet werden. Dazu können beispielsweise zusätzliche diagnostische Untersuchungen, Biopsien, Exzisionen oder histopathologische Untersuchungen gehören. Eine Doppelverrechnung derselben Leistung als private Vorsorgeleistung und als KVG-Leistung erfolgt nicht.

FotoFinder / medizinische Bilddaten

Sofern eine digitale Ganzkörperfotografie oder dermatoskopische Bilddokumentation durchgeführt wird, bin ich mit der Erstellung, Bearbeitung und Speicherung der hierfür notwendigen medizinischen Bilddaten in der Patientendokumentation einverstanden. Die Aufnahmen dienen insbesondere der medizinischen Dokumentation und der späteren Verlaufskontrolle. Die Bearbeitung und Aufbewahrung erfolgt nach den für die Praxis geltenden Datenschutz- und Dokumentationsvorschriften.

Einverständnis

Ich wurde über Art und Umfang der von mir gewünschten privaten Vorsorgeleistung sowie über den vereinbarten Preis informiert. Ich hatte Gelegenheit, vor der Untersuchung Fragen zu stellen. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Durchführung der ausgewählten Leistung und der persönlichen Übernahme der vereinbarten Kosten einverstanden.

Ort / Datum: Unterschrift Patientin / Patient:

_____ _____

Hinweis: Dieses Formular dokumentiert die Kostenaufklärung und Einwilligung zur privaten Vorsorgeleistung. Die konkrete Leistungspflicht einer Kranken- oder Zusatzversicherung richtet sich nach den jeweils anwendbaren gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen.