

Hautkrebsvorsorgeuntersuchung

Patientin/Patient:

Ich wünsche folgende Untersuchung (bitte ankreuzen):

1. **Hautkrebscreening der gesetzlichen Krankenkassen**

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die folgende Untersuchung ab dem 35. Geburtstag alle 2 Jahre:-Erhebung der Krankengeschichte, v.a. bezüglich von Tumoren (Anamnese)

- Visuelle Ganzkörperuntersuchung
- Sonnenschutzberatung

2. **Qualifizierte hautfachärztliche Untersuchung** **Kosten 15,00 Euro**

Zusätzlich zu der unter 1. genannten Untersuchung erfolgt eine **Auflichtmikroskopie**. Damit können die Hautveränderungen detaillierter betrachtet werden. Eine Entscheidung über das Vorliegen einer Hautkrebserkrankung kann deutlich sicherer getroffen werden.

3. **Videografische Dokumentation von auffälligen Hautveränderungen** **Kosten 25,00 Euro**

Zusätzlich zu der unter 2. genannten Untersuchung ist für Patienten mit **auffälligen Pigmentmalen (Leberflecken)** ist die fotografische Dokumentation zum genauen Vergleich der Veränderungen bei der Wiederholungsuntersuchung zu empfehlen.

4. **Videografische Dokumentation aller Hautveränderungen** **Kosten 78,98 Euro**

Gerade für Patienten mit sehr **vielen Pigmentmalen (Leberflecken)** ist die Aufnahme von Pigmentmalen zu empfehlen. Die Untersuchung dauert ca. 30 Minuten, ist sehr genau und ermöglicht einen genauen Vergleich der Veränderungen bei der Wiederholungsuntersuchung.

5. **Ausfüllen eines Bonusheftes** **Kosten: 1,00 Euro**

6. **Patienten unter 35 Jahren und jährliche Untersuchung** **Kosten 37,50 Euro**

Die **Empfehlung** der dermatologischen Fachgesellschaft für die Hautkrebsvorsorgeuntersuchung inklusive Dermatoskopie lautet **einmal jährlich**. Das betrifft **Patienten unter 35 Jahren** und auf Wunsch der **Patienten über 35 Jahren jedes 2. Jahr**, um die Lücke im Hautkrebscreening zu schließen. Wir empfehlen allen Patienten, die Rechnung über die individuelle Gesundheitsleistung der Hautkrebsvorsorgeuntersuchung bei den gesetzlichen Krankenkassen einzureichen.

Dieses Formular gilt als Behandlungsvertrag zwischen der unterzeichnenden Praxis und dem Patienten/der Patientin bei Inanspruchnahme oben aufgeführter angekreuzter individueller Gesundheitsleistungen, welche nicht durch die gesetzliche Krankenkasse übernommen und durch den Patienten selbst bezahlt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Inanspruchnahme der oben angekreuzten individuellen Gesundheitsleistungen auf meinen Wunsch hin.

Name, Vorname

Datum

Praxisstempel

Patient Unterschrift

Behandelnder Arzt Unterschrift