

Versicherung

(AB 01.01.2020)

Praxisstempel

Sehr geehrte Patientin,

im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Frauen ab 35 Jahren haben Sie Anspruch auf eine kombinierte Untersuchung mit zytologischem Abstrich und HPV-Test (sog. Ko-Test).

Sie wurden darüber aufgeklärt, dass die Kosten eines Ko-Tests nur alle 3 Jahre von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Näheres entnehmen Sie bitte der Patienten-Informationsschrift „Untersuchung Krebsfrüherkennung ab 2020“.

Unsere vertragsärztliche Leistungsabrechnung im Zusammenhang mit einem Ko-Test kann aufgrund der Besonderheit, dass die Leistung ab dem 01.01.2020 lediglich im 3-Jahres-Turnus abrechnungsfähig ist und von der Gesetzlichen Krankenversicherung erstattet wird, dazu führen, dass die abgerechnete Leistung bei wiederholter Inanspruchnahme in diesem Zeitraum ersatzlos gestrichen wird, d. h. die zuständige Kassenärztliche Vereinigung den abgerechneten Leistungsbetrag in voller Höhe zurückfordert. Dieser Regress kann bis zu 4 Jahre nach Erstattung der Kosten für den Ko-Test erfolgen.

Mit Ihrer Unterschrift versichern Sie, dass Sie seit dem 01.01.2020 von keinem Arzt einen zytologischen Abstrich („Krebsabstrich“) mit einem HPV-Test (als Ko-Test) haben durchführen lassen. **Falls ein solcher Test dennoch seit dem 01.01.2020 im Rahmen einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt worden ist, verpflichten Sie sich, die Kosten der ärztlichen Leistung als sog. individuelle Gesundheitsleistung auf Selbstzahlerbasis entsprechend des gesondert abgeschlossenen Vertrags über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen zu tragen.**

(Ort/Datum)

(Unterschrift der Patientin)

Erklärung über den Verzicht auf die Einrede der Verjährung

Hiermit wird bestätigt, dass ich als Patientin der o. g. Praxis hinsichtlich der Abrechnung des Ko-Tests im Rahmen des Vertrags über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen sowie in Kenntnis eines möglichen Regresses der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung bis zum _____ auf die Einrede der Verjährung verzichte.

(Ort/Datum)

(Unterschrift der Patientin)