

Praxisdaten

BSNR:

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Patientenerklärung

Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms

Patientendaten

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ich möchte im aktuellen Kalendervierteljahr _____ (Angabe des Quartals) eine Beratung zur Früherkennung von Darmkrebs (kolorektales Karzinom), in der oben genannten Praxis in Anspruch nehmen.

Versicherte ab dem Alter von 50 Jahren haben einmalig Anspruch auf eine Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms.

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

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

Ort, Datum

Unterschrift