

**Praxisdaten**

BSNR:

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

# Patientenerklärung

## Inanspruchnahme von Leistungen: Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen

**Patientendaten**

---

Name, Vorname

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Ort

Ich möchte im aktuellen Kalendervierteljahr \_\_\_\_\_ (Angabe des Quartals) folgende Maßnahme der Krankheitsfrüherkennung in der oben genannten Praxis in Anspruch nehmen:

- Beratung über das Ultraschall-Screening zur Früherkennung von Aneurysmen der Bauchaorta  
(Ultraschalluntersuchung der Bauchschlagader)
- Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von Aneurysmen der Bauchaorta  
(Ultraschalluntersuchung der Bauchschlagader)

Männliche Versicherte haben ab dem Alter von 65 Jahren einmalig Anspruch auf eine Beratung sowie ein Ultraschall-Screening zur Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen.

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