



Einverständniserklärung bitte wie folgt verteilen:

- 1) **Original an: Sekretariat (zum Scannen),
anschliessend an ambulante oder stationäre
Abrechnung**
- 2) **Kopie an: Patientin**



Einverständniserklärung Antikonzeption Departement Geburtshilfe und Gynäkologie

Sehr geehrte Patientin

Die Einlage, Nachkontrolle und das Entfernen folgender Verhütungsmittel sind Leistungen, welche die Krankenkassen in der Regel nicht bezahlen. Ohne Kostengutsprache der Krankenkasse wird das KSW die Rechnung für die angekreuzte Leistung direkt Ihnen zustellen. Die Einverständniserklärung muss in **jedem Fall** unterzeichnet werden.

Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich, den obigen Text gelesen und verstanden zu haben. Ich wurde über die Kostenfolge zu meinen Lasten informiert und verpflichte mich für folgende Leistung:

- Einlage **Mirena / Jaydess / IUB-Kupferball / KYLEENA**
inkl. Material: Fr. 450.-- (Pos.79030)
- Nachkontrolle Mirena/Jaydess/IUB-Kupferball/KYLEENA:
Fr. 100.-- (Pos. 79031)
- Entfernung Mirena/Jaydess/IUB-Kupferball/KYLEENA:
Fr. 180.-- (Pos. 9678)
- Entfernung und erneute Einlage Mirena/Jaydess/IUB-
Kupferball/KYLEENA (ein Termin) inkl. Material:
Fr. 520.-- (Pos. 79032)
- Einlage **IUD oder Gynefix** inkl. Material:
Fr. 290.-- (Pos. 79033)
- Nachkontrolle IUD / Gynefix: Fr. 100.-- (Pos. 79034)
- Entfernung IUD / Gynefix: Fr. 180.-- (Pos. 9680)
- Entfernung und erneute Einlage IUD oder Gynefix
(ein Termin) inkl. Material: Fr. 350.-- (Pos. 79035)
- Einlage **Implanon** inkl. Mat.: Fr. 390.-- (Pos. 9681)
- Entfernung Implanon: Fr. 150.-- (Pos. 9682)
- Entfernung und erneute Einlage Implanon
(ein Termin): Fr. 470.-- (Pos. 79036)

**Bemerkungen / spezielle
Rechnungsadresse / weitere
Leistungen an diesem Termin
(Pflichtleistungen):**

**Kostengutsprache Mirena (nur ambulant
bei idiopathischer Hypermennorrhoe oder
als Schutz vor Endometriumshyperplasie
während einer Oestrogsubstitutions-
therapie):**

- 1) Anfrage an Versicherung geschickt
- 2) Antwort erhalten - Entscheid:
 - a) Kostenübernahme: TARMED
 - b) keine Kostenübernahme: Pauschale

Behandelnder Arzt bitte ankreuzen.

Und den Betrag von sFr.: in Worten:

Ich werde den oben erwähnten Betrag VOR der Behandlung bezahlen.

Datum: Unterschrift:

Behandelnder Arzt/Ärztin:..... **Betrifft Termin vom:** mit OPS