

Einverständniserklärung bitte wie folgt verteilen:

- 1) Original einscannen und anschliessend an Abrechnung weiterleiten
- 2) Kopie an: Patientin



Einverständniserklärung Labienreduktionsplastik – Kostenübernahme Wahleingriff mit Vorauszahlung

Geplanter Eingriff _____

Kosten (gemäss Liste unten) _____

Operateur _____

Datum des Eingriffs _____

(Bitte beachten Sie, dass es aufgrund nicht vorhersehbarer Engpässe zu kurzfristigen Verschiebungen kommen kann)

Die Patientin wurde über den vorgesehenen Eingriff, dessen Zweck, seine Erfolgchancen und Risiken (siehe separates Aufklärungsprotokoll) sowie andere Behandlungsmöglichkeiten informiert und ist damit einverstanden. Sie hat alle Informationen verstanden und alle Fragen wurden befriedigend beantwortet. Die Patientin weiss, dass im Ausnahmefall aus organisatorischen Gründen der Operateur wechseln kann.

Dieser Eingriff gehört nicht zum Pflichtleistungskatalog der Krankenkassen und ist nicht im Rahmen der Grundversicherung gedeckt.

Labienreduktionsplastik als Einzeleingriff		
	Eingriff	Preis
	Labienreduktionsplastik einseitig	CHF 3'600.00
	Labienreduktionsplastik beidseitig	CHF 4'500.00

Labienreduktionsplastik im Rahmen einer anderen Operation (Zusatzeingriff)		
	Eingriff	Preis
	Labienreduktionsplastik einseitig: als Zusatzeingriff	CHF 2'500.00
	Labienreduktionsplastik beidseitig: als Zusatzeingriff	CHF 3'400.00

Nicht inbegriffen sind Folge-Operationen bei Komplikationen oder Unzufriedenheit der Patientin.

Die Patientin ist über die oben genannten Kosten informiert worden und erklärt sich bereit, diese vollumfänglich zu übernehmen und bis **spätestens zehn Tage vor dem Eingriff** auf folgendes Konto zu überweisen:

Postkonto: 84-212-9, IBAN: CH04 0900 0000 8400 0212 9 (Zürcher Kantonalbank)

Begünstigter: Kantonsspital Winterthur, 8400 Winterthur

Zahlungszweck: **Eingriffsdatum, Eingriff und Name des Patienten**

Datum & Unterschrift Patientin

Datum & Unterschrift Arzt/Ärztin