

**Blatt (Original) bitte ausgefüllt am Empfang B4 für  
Leistungskoordinatorin, abgeben!!!**

- 1) Kopie an Patientin
- 2) Original an Leistungskoordinatorin zum scannen  
und erfassen der Leistung
- 3) Nach dem Eingriff Original an Abrechnung

Patientinnen-Etikette

## Einverständniserklärung zur Sterilisation als Nichtpflichtleistung

Sehr geehrte Patientin

Als Zusatzleistung zu einer Hospitalisation oder aus anderweitigen Gründen wünschen Sie eine Sterilisation. Bei diesem zusätzlichen Eingriff handelt es sich in der Regel um eine Nicht-KVG-pflichtige Leistung\*. Dadurch sind die Kosten durch die Patientin zu tragen und werden von der Krankenkasse nicht rückvergütet.

**\*Wann kommt eine Kostengutsprache bei der Krankenkasse in Betracht:** Lediglich im Rahmen der ärztlichen Behandlung einer Frau in gebärfähigem Alter ist die Sterilisation eine Pflichtleistung, wenn einer Schwangerschaft wegen eines voraussichtlich bleibenden krankhaften Zustandes oder einer körperlichen Anomalie zu einer Gefährdung des Lebens oder zu einer voraussichtlich dauernden gesundheitlichen Schädigung der Patientin führen müsste und andere Methoden der Schwangerschaftsverhütung aus medizinischen Gründen (im Sinne weitherziger Interpretation) nicht in Betracht kommen.

### Einverständniserklärung:

Hiermit bestätige ich, den obigen Text gelesen und verstanden zu haben. Ich wurde über die Kostenfolge zu meinen Lasten informiert.

Für die bevorstehende:

- a) Sterilisation nur als Einzeleingriff ambulant oder stationär Pauschal CHF 2'350.-- (Position 79860; Ärzte bitte entweder Block 5529 mit Sono oder 5528 ohne Sono erfassen)\*\*
- b) Sterilisation stationär bei Kaiserschnitt CHF 300.-- (Position 4912)
- c) Sterilisation stationär bei Laparoskopie CHF 300.-- (Position 4913)
- d) Sterilisation ambulant oder stationär nach gynäkologischer Operation mit separatem Zugang oder nach vaginaler Geburt CHF 750.-- (Position 4914)

verpflichte ich mich, den Betrag von CHF ..... in Worten: ..... **VOR** der Behandlung zu bezahlen.

Der Betrag ist **VOR** der Behandlung am Empfang A4 oder B4 als Depot zu bezahlen.

Datum: ..... Unterschrift: .....

Behandelnder Arzt / Ärztin: ..... Betrifft OP-Termin vom: .....

**Kostengutsprache eingeholt:**  - Die Einverständniserklärung muss in JEDEM Fall unterschrieben werden.