



Sehr geehrtes Praxisteam,

wussten Sie schon, dass Sie den weltweit anerkannten Haemoccult-Test, der in mehreren internationalen, prospektiven und randomisierten Studien¹⁻⁴ mit höchster Evidenz (I)⁵ bewiesen hat, dass bei den Screening-Teilnehmern die Mortalität an Darmkrebs um etwa 30 - 40 % niedriger war als in den Kontrollgruppen, als IGeLeistung anbieten können?

Da die gesetzlichen Krankenkassen seit dem 01.04.17 diesen Test nicht mehr im Rahmen der Darmkrebsvorsorge erstatten, eignet sich diese evidenzgesicherte Untersuchung hervorragend zum „IGeLn“, z. B. bei allen Personen

► **unter 50 Jahren,**

die bereits vor Beginn der Kassenleistung mit der Darmkrebsfrüherkennung anfangen wollen. Aber ebenso bei Personen

► **ab 50 Jahren,**

wenn dafür der quantitative immunologische Test nicht gewünscht wird oder in kürzerem Abstand getestet werden soll.

Die private Liquidation für Haemoccult erfolgt immer nach GOÄ. Im Standardfall ist dies:

$$\begin{array}{rcccl} \text{GOÄ 1} & + & \text{GOÄ 3500} & = & \text{€ 16,75} \\ (80 \text{ Punkte, € } 4,66 \times 2,3) & & (90 \text{ Punkte, € } 5,25 \times 1,15) & & \end{array}$$

(Stand April 2017)

Anbei finden Sie die passende Honorarvereinbarung für den Einsatz von Haemoccult als IGeLeistung als Kopiervorlage.



1. MANDEL JS et al. Reducing Mortality from Colorectal Cancer by Screening for Fecal Occult Blood, *N Engl J Med* 1993; **328**: 1365-1371, - 2. KRONBORG O et al. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test, *Lancet* 1996; **348**: 1467-1471. - 3. HARDCASTLE JD et al. Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer, *Lancet* 1996; **348**: 1472-1477. - 4. FAIVRE J et al. Reduction in Colorectal Cancer Mortality by Fecal Occult Blood Screening in a French Controlled Study, *Gastroenterology* 2004; **126**: 1674-1680 - 5. SEGNAN N et al. (Hrsg.) European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis – First Edition, *Luxembourg: Publications Office of the European Union* 2010, 12

Patientenerklärung und Honorarvereinbarung

Name / Vorname _____

Straße _____

PLZ und Ort _____

Ich wünsche, durch die / den behandelnde(n) Ärztin / Arzt eine Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl gemäß GOÄ (Gebührenordnung für privatärztliche Leistungen) in Anspruch zu nehmen:

GOÄ Ziffern: _____

Das vereinbarte Honorar für diese Leistungen beträgt € _____

Es ist mir bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Ich wünsche dennoch die oben aufgeführten Leistungen.

Ich weiß, dass die Behandlung nicht erstattungsfähig ist und dass der oben genannte Betrag von mir selbst zu bezahlen ist.

Ort Datum

Ort Datum

Unterschrift Ärztin / Arzt

Unterschrift Patientin / Patient