

---

Vorname, Name Patient/in

---

Geburtsdatum

---

Krankenkasse

---

Versichertennummer

---

Ort, Datum

### Patienteneinwilligung zum Screening auf Bauchaortenaneurysmen

Lieber Patient,

ab 65 Jahren haben Sie einmalig Anspruch auf eine Ultraschalluntersuchung der Bauchaorta, um dort mögliche Aussackungen des Gefäßes (Aneurysma) frühzeitig zu finden und behandeln zu können.

Haben Sie bereits eine solche Untersuchung erhalten (z.B. von einem/r anderen Arzt/Ärztin)?

Ja  Nein

Wurden Sie bereits zu dieser Untersuchung beraten (z.B. von einem/r anderen Arzt/Ärztin)?

Ja  Nein

Wenn Sie beide Fragen mit „Nein“ beantwortet haben, bestätigen Sie uns bitte im Folgenden mit Ihrer Unterschrift, dass Ihnen bekannt ist, dass der Anspruch auf das Bauchaortenscreening nur einmal im Leben besteht und Sie nur unsere Praxis für die Aufklärung/Erbringung über diese Untersuchung konsultiert haben:

---

Unterschrift Versicherter

Vielen Dank und beste Grüße, Ihr Praxisteam

Praxisstempel