



IGeL Leistungen in der Gynäkologie – Kinderwunsch

Stand Juni 2013

IGeL sind Individuelle Gesundheits-Leistungen, d. h. zusätzliche Angebote ausserhalb der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen. Diese werden auf Wunsch des Patienten erbracht, sind ärztlich empfehlenswert und medizinisch sinnvoll, werden jedoch nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt.

Diese ärztlichen Leistungen werden auf der Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet. Bitte sprechen Sie uns auf diese Untersuchungen an. Wir beraten Sie individuell.

Zyklusmonitoring Zum Ausschluss einer endokrinen Störung - Hormonstörung	135 Euro
Glucosetoleranz und Insulinresistenz – Bestimmung Zum Ausschluss einer endokrinen Störung - Glucoseintoleranz	53 Euro
Spermiogramm Zum Ausschluss einer andrologischen Störung – männliche Fertilitätseinschränkung	52 Euro
MAR – Test Antikörperreaktionstest bei den Spermien	37 Euro
Eileiterdurchgängigkeitsprüfung Zum Ausschluss einer tubaren Störung - Eileiterdurchgängigkeitsprüfung	226 Euro *
Intrauterine Insemination Bei mässig eingeschränkter männlicher Fertilitätsstörung	81 Euro
Spermiaufbereitung mittels Swim up	40 Euro
Spermiaufbereitung mittels Dichte Gradient	54 Euro
Chlamydien Testung Nach dem 25. Lebensjahr	57 Euro **
Hepatitis C Testung	39 Euro **
Toxoplasmose Testung IgG	30 Euro **
Zytomegalie Testung – CMV IgG	30 Euro **
Parvo B Testung IgG	30 Euro **
Thrombophilie Profil funktionell bei Risikoanamnese und bei wiederholten Fehlgeburten	186 Euro **
Thrombophilie Profil genetisch bei Risikoanamnese und bei wiederholten Fehlgeburten	345 Euro
zusätzliche Bescheinigungen für Arbeitgeber oder andere Stellen	12 Euro

* In diesen Preisen sind die Sachkosten enthalten, die ggf. variieren können.

** Für diese Leistungen erhalten Sie eine Rechnung vom Labor. Die Preise entsprechen den Angaben des Labors. Für die Richtigkeit kann keine Gewähr übernommen werden.

Behandlungsvereinbarung:

Ich wurde über die obengenannten IGeL-Leistungen aufgeklärt.

- Ich wünsche die oben angekreuzten Leistungen.
Ich zahle bar oder mit EC Cash und ich erhalte eine Rechnung nach GOÄ.

Datum:

Patientin:

Unterschrift: _____

Wir unterstützen die Hilfsorganisation „Ärzte ohne Grenzen“ mit mindestens 2% aus den Einnahmen der IGeL-Leistungen.