

An das Landesklinikum Mistelbach-Gänserndorf
Abteilung Verrechnung
Liechtensteinstraße 67
2130 Mistelbach

eingegangen am: _____

Patientenname:

Adresse:

Telefonnummer:

Behandelnde/r Gynäkologe/In:

Antrag auf Kostenbefreiung für Screeninguntersuchungen

Ich beantrage hiermit die Kostenbefreiung für:

- das Ersttrimesterscreening / den Combined Test aufgrund von
 - vorangegangener Schwangerschaft mit kindlicher genetischer Erkrankung.
 - vor dem Screening erhobener, auffälliger Ultraschallbefund.

- das Organscreening aufgrund von
 - vor dem Screening erhobener, auffälliger sonographischer Befund.
 - vorangegangener Schwangerschaft mit kindlicher Fehlbildung mit einem über dem Durchschnitt erhöhten Wiederholungsrisiko bei weiteren Schwangerschaften.
 - vorbekannter positiver Familienanamnese in Bezug auf genetische Erkrankungen.
 - teratogener Schädigung.

Bitte senden Sie Befunde und Bilddokumentationen **innerhalb von 2 Wochen** nach dem Screening zu Händen Fr. Karin Kobinger per eMail an gynaekologie@mistelbach.lknoe.at oder per Fax an 02572/9004-49241.

Sollten die notwendigen Unterlagen nicht innerhalb der zweiwöchigen Frist einlangen, wird Ihnen das Screening voll verrechnet.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen unter 02572/9004-12870 zur Verfügung.

.....
Datum, Unterschrift Patientin

.....
Unterschrift Gynäkologie & Geburtshilfe
LK Mistelbach - Gänserndorf