



*Dr. med. Susanne A. M. Millner*  
*Fachärztin für Dermatologie, Venerologie und Naturheilverfahren*

Steinweg 2  
06110 Halle/Saale  
Tel. : 0345 4700866  
Fax : 0345 4700981  
E-Mail: [info@hautarzt-halle.de](mailto:info@hautarzt-halle.de)  
Homepage : [www.hautarzt-halle.de](http://www.hautarzt-halle.de)

Stand 3/2017

## **Hautkrebsvorsorge in unserer Praxis**

### **für alle Patienten ab 35. Lebensjahr**

(alle 2 Jahre)

#### **Hautcheck auf Kasse (S1):**

**kostenlos**; alle Leberflecke werden mit Lupe (1,5 - 2fache Vergrößerung) betrachtet

#### **Hautcheck auf Kasse mit Zusatzleistung (S2):**

**18 €**; alle Leberflecke werden mit dem Handmikroskop (10fache Vergrößerung) betrachtet

### **für alle Patienten unter 35 Jahren**

(alle 2 Jahre)

#### **Kinderhautcheck (SK):**

**15 €**; alle Leberflecke werden mit dem Handmikroskop (10fache Vergrößerung) betrachtet (bis zur Vollendung des 11. Lebensjahr)

#### **Hautcheck privat (S3):**

**30 €**; alle Leberflecke werden mit Handmikroskop (10fache Vergrößerung) betrachtet

### **für alle Patienten, die Untersuchung im Zwischenjahr wünschen**

(öfters innerhalb der 2 Jahre)

**Hautcheck (SZ): 15 €**; Hautcheck innerhalb der 2 Jahre: alle Leberflecke werden mit dem Handmikroskop (10fache Vergrößerung) betrachtet

### **für alle Patienten**

(jederzeit)

**Mund- und Rachenkrebsvorsorgetest (MR): 60 €**; mit dem Nachweis von Antikörpern gegen HPV 16, bitte laden Sie dazu den gesonderten Aufklärungsbogen von unserer Web-Site herunter

## Sondervereinbarung der Krankenkassen

ab 1.4.2015 wird der Hautcheck von folgenden Kassen übernommen:

**einige BKK`en;** ab vollendetem 18 Lj. bis zum vollendeten 35 Lj.  
alle 2 Jahre (mit Handmikroskop)

**HEK:** ab vollendetem 18 Lj. bis zum vollendeten 35 Lj.  
alle 2 Jahre (mit Handmikroskop)

**Knappschaft:** 0 bis zum vollendeten 35 Lj.  
alle 2 Jahre (mit Handmikroskop)

**Bitte tragen Sie Ihre Daten ein:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

letzter Hautcheck beim Hautarzt (Jahr): \_\_\_\_\_  
letzter Check up beim Hausarzt/ Gynäkologen/ Urologen: \_\_\_\_\_

Für welchen Hautcheck haben Sie sich in unserer Praxis entschieden?  
Bitte ankreuzen:

S1 ( ) / S2 ( ) / S3 ( ) / SK ( ) / SZ ( ) / MR ( )

Patienten-Nr.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_