



Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sind zusätzliche Untersuchungen und Vorsorgeangebote, die nicht vollständig von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.

Gerne beraten wir Sie persönlich zu Nutzen, Ablauf und möglichen Kosten der jeweiligen Leistung.

☐

PSA-Test

Der PSA-Test bestimmt den PSA-Wert im Blut. Ein erhöhter Wert kann ein Hinweis auf Prostatakrebs sein und Anlass für weitere Untersuchungen geben.

☐

Transrektaler Ultraschall der Prostata

Bei dieser Untersuchung wird die Prostata mittels Ultraschall über den Enddarm dargestellt. Dadurch können Größe, Struktur und mögliche Veränderungen der Prostata genauer beurteilt werden.

☐

Blasenkrebs-Urintest

Der Blasenkrebs-Urintest untersucht den Urin auf Hinweise auf mögliche Veränderungen der Harnblase. Er kann die urologische Diagnostik sinnvoll ergänzen.

☐

Ultraschall der Harnblase

Die Ultraschalluntersuchung ermöglicht eine schonende Beurteilung der Harnblase und der ableitenden Harnwege. Auffälligkeiten können frühzeitig erkannt und weiter abgeklärt werden.

☐

Nierenultraschall

Mit dem Nierenultraschall können Größe, Struktur und mögliche Veränderungen der Nieren beurteilt werden. Die Untersuchung erfolgt schonend und ohne Strahlenbelastung.

☐

Testosteronbestimmung

Hierbei wird der Testosteronspiegel im Blut bestimmt. Die Untersuchung kann bei Beschwerden wie Erektionsstörungen, Leistungsabfall oder Müdigkeit hilfreich sein.

☐

Vitamin-D-Bestimmung

Die Bestimmung des Vitamin-D-Spiegels erfolgt über eine Blutuntersuchung. Ein Vitamin-D-Mangel kann unter anderem mit Müdigkeit, verringerter Leistungsfähigkeit und Veränderungen des Knochenstoffwechsels in Zusammenhang stehen.

☐

Spermogramm mit maschineller Auswertung

Das Spermogramm dient der Untersuchung der männlichen Fruchtbarkeit und analysiert verschiedene Eigenschaften der Samenzellen. Durch die maschinelle Auswertung können Konzentration, Beweglichkeit und weitere wichtige Parameter objektiv und präzise beurteilt werden.

Datum: _____

Unterschrift Patient/innen: _____