

Vereinbarung über eine gewünschte Privatbehandlung

Glaukomkontrolle

Name und Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Datum der Vereinbarung

Information und Behandlungswunsch

Die Glaukomkontrolle ist eine ärztliche Verlaufsuntersuchung bei einem bereits festgestellten Glaukom. Sie dient dazu, ein mögliches Fortschreiten der Erkrankung zu erkennen und zu prüfen, ob die Behandlung angepasst werden muss. Dabei werden auch die regelmäßige Anwendung und die Verträglichkeit der verordneten Augentropfen besprochen. Bei Bedarf werden im Rahmen der vereinbarten Privatbehandlung Privatrezepte für medizinisch notwendige Augentropfen ausgestellt.

Die medizinisch notwendige Glaukomkontrolle gehört grundsätzlich zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesetzlich Versicherte können diese Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in Anspruch nehmen. Eine Behandlung auf eigene Kosten setzt den ausdrücklichen Wunsch nach privatärztlicher Behandlung voraus; dieser ist vor Behandlungsbeginn schriftlich festzuhalten.

Bitte Ankreuzen

- ☐ Ich wünsche die nachfolgend aufgeführten Leistungen als Selbstzahlerleistung. Mir ist bekannt, dass ich die Kosten selbst trage und eine Erstattung durch meine Krankenversicherung oder Beihilfestelle nicht zugesichert ist. Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte GOÄ. Berechnet werden nur die tatsächlich erbrachten Leistungen.

Voraussichtliche Leistungen und Kosten

GOÄ Nr	Leistung	Faktor	Betrag
1	Beratung	2,3	10,72 €
1200	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärischen Gläsern	2,3	7,91 €
1202	Objektive Refraktionsbestimmung mittels Skiaskopie oder Refraktometer	2,3	9,92 €
1227	Quantitativ abgestufte statische Profilperimetrie	2,3	33,25 €
1240	Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte	2,3	9,92 €
1256	Tonometrische Untersuchung mittels Applanationstonometer	1,8	10,49 €
Voraussichtlicher Gesamtbetrag			83,21 €

Bei einer Änderung des Untersuchungsumfangs werde ich vor der Durchführung über die voraussichtlichen Mehrkosten informiert.

Einwilligung

Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ich wünsche die oben bezeichnete Privatbehandlung und willige in ihre Durchführung ein. Eine Ausfertigung dieser Vereinbarung wurde mir angeboten.

Datum und Unterschrift Patientin oder Patient

Datum und Unterschrift Ärztin oder Arzt