Vereinbarung über eine gewünschte Privatbehandlung

Allgemeine augenärztliche Untersuchung

Augenarztpraxis Candrea

Name und Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Datum der Vereinbarung

Information und Behandlungswunsch

Die Untersuchung kann Hinweise auf Fehlsichtigkeiten und Veränderungen der Augen ergeben. Ein unauffälliger Befund schließt eine Augenerkrankung weder sicher noch für die Zukunft aus. Bei Beschwerden, auffälligen Vorbefunden oder neu festgestellten Auffälligkeiten kann weitere Diagnostik erforderlich sein.

☐ Ich wünsche die Untersuchungen als Privatbehandlung in der Selbstzahlersprechstunde. In diesem Termin werden keine Leistungen über die gesetzliche Krankenkasse abgerechnet. Ich trage die Kosten selbst; eine Erstattung ist nicht zugesichert. Die Abrechnung erfolgt ausschließlich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Voraussichtliche Leistungen und Kosten

GOÄ Nr	Leistung	Faktor	Betrag
1	Beratung	2,3	10,72 €
1201	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärisch-zylindrischen Gläsern	2,3	11,93 €
1202	Objektive Refraktionsbestimmung mittels Skiaskopie oder Refraktometer	2,3	9,92 €
1207	Prüfung von Mehrstärken- oder Prismenbrillen mit Bestimmung der Fern- und Nahpunkte bei subjektiver Brillenunverträglichkeit	2,3	9,38 €
1240	Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte, gegebenenfalls einschließlich binokularer Untersuchung des hinteren Pols	2,3	9,92 €
1256	Tonometrische Untersuchung mittels Applanationstonometer	1,8	10,49 €
A7015	Optische oder sonographische Messung der Vorderkammertiefe und/oder Hornhautdicke des Auges, analog Nr. 410 GOÄ	2,3	26,81 €
Voraussichtlicher Gesamtbetrag			**89,17 €**

Berechnet werden nur tatsächlich erbrachte und gebührenrechtlich berechnungsfähige Leistungen. Nr. 1207 wird nur bei entsprechender Prüfung wegen subjektiver Brillenunverträglichkeit, Nr. 70 nur bei Ausstellung einer Bescheinigung berechnet. A7015 bezeichnet eine Analogbewertung gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ nach Nr. 410. Entfallen Leistungen, vermindert sich der Rechnungsbetrag entsprechend.

Einwilligung

Ich wurde über Zweck, Umfang, Grenzen und voraussichtliche Kosten aufgeklärt und konnte Fragen stellen. Weiterführende Diagnostik, orthoptischer Status, Verlaufskontrollen und Therapie sind nicht enthalten und werden bei Bedarf gesondert vereinbart. Ich wünsche die Privatbehandlung und willige ein. Eine Ausfertigung wurde mir angeboten.

Datum und Unterschrift Patientin oder Patient

Datum und Unterschrift Ärztin oder Arzt