

Vereinbarung über eine gewünschte Privatbehandlung

AMD Screening und diagnostische Abklärung

Name und Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Datum der Vereinbarung

Information und Behandlungswunsch

Die Untersuchung dient je nach gewählter Fragestellung entweder der vorsorglichen Suche nach Hinweisen auf eine altersabhängige Makuladegeneration (AMD) oder der näheren Abklärung eines bekannten beziehungsweise auffälligen Makulabefundes. Ein unauffälliger Befund schließt eine AMD nicht mit absoluter Sicherheit für die Zukunft aus. Ein auffälliger Befund bedeutet nicht automatisch, dass eine behandlungsbedürftige AMD vorliegt.

- ☐ Ich wünsche die nachfolgend aufgeführten Leistungen als Privatbehandlung in der Selbstzahlersprechstunde. In diesem Termin erfolgt keine Abrechnung über die gesetzliche Krankenkasse. Mir ist bekannt, dass ich die Kosten selbst trage und eine Erstattung durch eine Krankenversicherung oder Beihilfestelle nicht zugesichert ist. Die Abrechnung erfolgt ausschließlich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Berechnet werden nur tatsächlich und vollständig erbrachte 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 Anwendung eines Refraktometers	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 mit Anwendung des Applanationstonometers	1,8	10,49 €
A7017	Optische Kohärenztomographie (OCT) der Makula, gegebenenfalls beidseits, analog Nr. 424 GOÄ	2,3	93,84 €
Voraussichtlicher Gesamtbetrag			152,18 €

Die OCT wird als selbstständige, nicht im Gebührenverzeichnis enthaltene Leistung gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ analog Nr. 424 berechnet. Weiterführende Diagnostik, eine umfassende Netzhautuntersuchung, Verlaufskontrollen und eine gegebenenfalls notwendige Therapie sind nicht im Gesamtbetrag enthalten. Sie erfolgen nach ärztlicher Empfehlung in gesonderten Terminen und werden, soweit sie ebenfalls privat stattfinden, vorab gesondert vereinbart.

Einwilligung

Ich wurde über Zweck, vorgesehenen Umfang und Grenzen der Untersuchung sowie über die voraussichtlichen Kosten aufgeklärt und hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen. Die Inanspruchnahme ist freiwillig. Falls zur Untersuchung eine Pupillenerweiterung erforderlich ist, willige ich nach gesonderter ärztlicher Aufklärung ein. Mir ist bekannt, dass ich bis zur Normalisierung des Sehens nicht selbst Auto fahren oder aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf. Ich wünsche die 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