

Vereinbarung über eine gewünschte Privatbehandlung

Katarakt 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 Katarakt (Grauer Star) oder der näheren Abklärung eines bekannten beziehungsweise auffälligen Befunds. Ein unauffälliger Befund schließt die spätere Entwicklung einer Katarakt nicht mit absoluter Sicherheit aus. Ein auffälliger Befund bedeutet nicht automatisch, dass eine behandlungsbedürftige Katarakt 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 €
A7015	Optische und sonographische Messung der Vorderkammertiefe und/oder der Hornhautdicke des Auges, analog Nr. 410 GOÄ	2,3	26,81
Voraussichtlicher Gesamtbetrag			85,15 €

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