

Vereinbarung über eine gewünschte Privatbehandlung

Augenuntersuchung für Kinder mit Zyклоplegie

Name und Vorname des Kindes	Geburtsdatum
Anschrift	Datum der Vereinbarung

Information und Behandlungswunsch

Die Untersuchung dient der Abklärung von Risikofaktoren für eine Sehschwäche (Amblyopie), von Fehlsichtigkeit, Schielstellung und Störungen des beidäugigen Sehens. Zur zuverlässigeren Bestimmung der Brechkraft werden Augentropfen angewendet, die die Akkommodation vorübergehend ausschalten und die Pupillen erweitern. Umfang und Aussagekraft richten sich nach Alter, Befund und Mitarbeit des Kindes.

Auch ein unauffälliger Befund kann eine Amblyopie oder andere Augenerkrankung nicht mit absoluter Sicherheit ausschließen. Bei auffälligem, unklarem oder nicht verwertbarem Befund können weitere Untersuchungen, Verlaufskontrollen oder eine Behandlung erforderlich sein. Diese sind nicht Bestandteil dieser Vereinbarung.

Bitte Ankreuzen

- ☐ Ich wünsche die nachfolgend aufgeführten Leistungen für das von mir vertretene Kind als Selbstzahlerleistung. Mir ist bekannt, dass ich die Kosten selbst trage und eine Erstattung nicht zugesichert ist. Die Abrechnung erfolgt 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 der sorgeberechtigten oder vertretungsberechtigten Person	2,3	10,72 €
1200	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärischen Gläsern, soweit altersgerecht durchführbar	2,3	7,91 €
1202	Objektive Refraktionsbestimmung mittels Skiaskopie oder Refraktometer in Zyклоplegie	2,3	9,92 €
1216	Untersuchung auf Heterophorie bzw. Strabismus	2,3	12,20 €
1217	Qualitative und quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes	2,3	32,44 €
1242	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	2,3	20,38 €
Voraussichtlicher Gesamtbetrag			93,57 €

Kann eine Leistung wegen des Alters oder der Mitarbeit des Kindes nicht vollständig erbracht werden, wird sie nicht berechnet. Weiterführende Diagnostik, Verlaufskontrollen, Behandlung sind nicht enthalten und müssen bei Bedarf gesondert vereinbart werden.

Einwilligung

Einwilligung in die Augentropfen: Mir wurde erklärt, dass vorübergehend Lichtempfindlichkeit sowie unscharfes Sehen, besonders in der Nähe, auftreten können und die Wirkung je nach Präparat und Kind mehrere Stunden, vereinzelt länger, anhalten kann. Möglich sind Brennen oder Rötung; selten können allergische oder allgemeine Reaktionen auftreten. Bekannte Allergien, Erkrankungen und Medikamente habe ich mitgeteilt. Bis sich das Sehen normalisiert hat, wird das Kind beaufsichtigt und nimmt nicht aktiv am Straßenverkehr oder an anderen gefahrgeneigten Tätigkeiten teil. Bei starken oder anhaltenden Beschwerden nehme ich unverzüglich ärztlichen Kontakt auf.

Ich wurde über Zweck, Ablauf, Grenzen und mögliche Folgen der Untersuchung verständlich aufgeklärt und hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ich wünsche die Untersuchung und willige als sorgeberechtigte oder sonst vertretungsberechtigte Person in die Anwendung der Augentropfen und die Untersuchung ein. Ich bestätige, hierzu berechtigt zu sein. Eine Ausfertigung dieser Vereinbarung wurde mir angeboten.

Datum und Unterschrift der vertretungsberechtigten Person

Datum und Unterschrift Ärztin oder Arzt