

Einsetzen einer multizonalen Linse

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

multizonale Linsen haben eine gute Wirksamkeit im Intermediärbereich (60-80 cm) ohne Risiko von Blendungen und Halos. Sie sind geeignet für Patienten, die mehr Brillenunabhängigkeit z.B. bei Computerarbeit oder beim Einkaufen wünschen.

Vereinbarung über gewünschte Privatbehandlung

- Ich wünsche das Einsetzen einer multizonalen Linse
- Ich wünsche KEIN Einsetzen einer multizonalen Linse

Das Einsetzen einer multizonalen Linse gehört nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Ich vereinbare daher folgende Abrechnung nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gemäß der Leistungs- und Abrechnungsaufstellung. Auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten wurde ich hingewiesen.

GOÄ-Nr.	Leistungslegende	Euro-Betrag, Einzelsatz	Faktor	Euro-Betrag
---------	------------------	-------------------------	--------	-------------

Spezielle Voruntersuchungen:

34	Erörterung und Planung eines operativen Eingriffs, Abwägung, Konsequenzen und Risiken	17,49	2,3	40,22 EUR
A1216	Bestimmung der okulären Dominanz mit dem Röhrentest und Okklusion	5,3	2,3	12,20 EUR
A424	OCT-Makula	40,80	2,3	93,84 EUR
1204	Messung d. HH-Radien	2,62	2,3	6,03 EUR
A7015a analog GOÄ 410	Optische Biometrie eines Auges	11,66	2,3	26,81 EUR
A7015b analog GOÄ 410	Optische Biometrie des anderen Auges	4,66	2,3	10,72 EUR
A7016 analog GOÄ 1212	Berechnung einer intraocularen Linse	7,96	2,3	17,70 EUR
Zwischensumme:				207,47 EUR

Postoperative Nachuntersuchung:

A3	Besondere Nachuntersuchung im Hinblick auf die implantierte Multizonale Linse (neben postoperativen Kontrollen im Rahmen der GKV Leistung)	8,74	2,3	20,11 EUR
1201	Objektive Refraktionsbestimmung mit Anwendung eines Refraktometers	5,19	2,3	11,93 EUR
1202	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sph. Gläsern	4,31	2,3	9,92 EUR
1216	Untersuchung Heterophorie	5,3	2,3	12,20 EUR
Zwischensumme:				54,16 EUR

	Multizonale Linse	580	1	642,00 EUR
--	-------------------	-----	---	------------

Rechnungsbetrag = **903,63 Euro**

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten/In