

## Einsetzen einer torischen Linse

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

torische Linsen gleichen eine bestehende hohe Hornhautverkrümmung aus, so dass Sie mit hoher Wahrscheinlichkeit für die Ferne keine Brille mehr tragen müssen.

### **Vereinbarung über gewünschte Privatbehandlung**

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

**Das Einsetzen einer torischen 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, Einfachsatz	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
A7009	Hornhauttopographie	17,49	2,3	40,22 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
<b>Zwischensumme:</b>				<b>247,74 EUR</b>

**Postoperative Nachuntersuchung:**

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

	Torische Linse	580	1	580,00 EUR
--	----------------	-----	---	------------

**Rechnungsbetrag** **= 881,90 EUR**

---

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Patienten/In