

---



---



---



---

Name und Anschrift des Patienten

Augenarzt

Vereinbarung über gewünschte Privatbehandlung  
**Früherkennung des Grünen Stars (Glaukom)**

Ich habe die Patienteninformation zur Früherkennung des Grünen Stars (Glaukom) gelesen und wurde darüber aufgeklärt, daß trotz des Fehlens typischer Beschwerden eine Früherkennungsuntersuchung ärztlich geboten ist.

Ich wünsche eine Untersuchung zur Früherkennung des Grünen Stars (Glaukom).

**Da diese Früherkennungsuntersuchung keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist und die Kosten von dieser nicht übernommen werden, vereinbare ich eine Abrechnung nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten wurde ich hingewiesen.**

Glaukom-Screening		Alte Bundesländer		
GOÄ-Nr.	Leistungslegende	€-Betrag, Ein-fachsatz	Faktor	€-Betrag
1240	Spaltlampenmikroskopie einschließlich Untersuchung des zentralen Augenhintergrundes	4,31	1,79	7,71€
1256	Tonometrische Untersuchung mittels Applanationstonometer	5,83	2,11	9,20€
<b>Rechnungsbetrag in €</b>				<b>20,00 €</b>

Sollte die Untersuchung einen spezifischen Glaukomverdacht ergeben, übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für die weiteren erforderlichen Maßnahmen.

Ich wünsche zur Zeit keine Glaukom-Früherkennungsuntersuchung

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patient/Patientin

.....  
Unterschrift Arzt/Ärztin