Gemeinschaftspraxis I Facharztpraxis für Augenheilkunde

Dr. med. Murat Cil I Dr. med. Christoph Wehner Ernst-Bode-Straße 17 I 27432 Bremervörde

Telefon : + 49 (0) 47 61 / 22 60

Name und Anschrift des Patienten

Vereinbarung über gewünschte Privatbehandlung

Durchführung einer Optischen Biometrie

Ich habe die Patienteninformation zur Optischen Biometrie gelesen.

☐ Ich wünsche die Durchführung einer Optischen Biometrie.

Optische	**Biometrie**	Alte	Bundes länder	
GOÄ-Nr.	**Leistungslegende**	**€-Betrag, Einfachsatz**	**Faktor**	**€-Betrag**
AA 0052.1 (A 7015.1)	Optische und sonographische Messung der Vorderkammertiefe und/oder der Hornhautdicke des Auges, analog GOÄ 410	11,66	3,0	34,98 €
AA 0052.2 (A 7015.2)	Optische und sonographische Messung der Vorderkammertiefe und/oder der Hornhautdicke des anderen Auges, analog GOÄ 420	4,66	3,0	13,98 €
AA 0053 (A 7016)	Berechnung einer intraocularen Linse, je Auge, analog GOÄ 1212	7,69	2,085	16,04 €
☐	**Rechnungsbetrag in € :**			**65,00 €**
Rabatt	Bei Durchführung an beiden Augen			-10 €
☐				**120,00€**

Die Optische Biometrie gehört <u>nicht</u> zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Ich vereinbare daher eine Abrechnung nach der amtlichenGebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten wurde ich hingewiesen.

....

Datum Unterschrift Patient/Patientin Unterschrift Arzt