



Patienten-Einwilligung

Magenspiegelung mit ultradünnem Endoskop

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Ergebnis der technischen Weiterentwicklung in der Videoendoskopie bietet die Magenspiegelung mit einem ultradünnen Endoskop (der Außendurchmesser beträgt nur 5,4 mm) eine deutlich komfortablere Untersuchung gegenüber der mit dem Standard-Gerät.

Der oft gefürchtete Würgereiz bei der Untersuchung mit dem Standard-Endoskop tritt durch die Passage mit dem ultradünnen Endoskop über den Nasen-Rachen-Raum (nach örtlicher Betäubung) praktisch nicht auf. Dadurch ist die zusätzliche Beurteilung des Kehlkopfes und der Stimmlippen möglich. Ängstliche Patienten, die sich nur mit einer „Spritze“ untersuchen lassen wollen, können eine deutlich angenehmere Spiegelung mit dieser Methode erleben, die sogar ein Sprechen während der Untersuchung möglich macht.

Die Aussagefähigkeit bei dieser Untersuchungstechnik ist dank der auch in diesem Größenbereich sehr leistungsfähigen endoskopischen Videokamera der konventionellen Technik gleichwertig. Notwendige Gewebeproben sind ebenso über den vorhandenen Instrumentierkanal möglich.

Sehr selten kann Nasenbluten auftreten. Bei etwa 5% der Patienten ist eine Nasenpassage aus anatomischen Gründen nicht möglich. Die Toleranz der Untersuchung ist dann trotz des normalen Weges über den Mund deutlich angenehmer.

Mir ist bekannt, dass diese Zusatzleistung nicht zu den Leistungen meiner gesetzlichen Krankenversicherung gehört und deshalb die Kosten von ihr auch nicht teilweise übernommen oder erstattet werden können. Die Arztrechnung ist mit den unten angegebenen Gesamtkosten von mir selbst zu bezahlen.

Die Rechnungsstellung für diese individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) erfolgt auf der Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ):

Leistung	GOÄ-Nr.	Faktor	Betrag
Beratung	1	2,300	10,72€
Laryngoskopie (transnasale Kehlkopfspiegelung)	1530	2,289	24,28€
Die Gesamtkosten betragen			35,00€

Die Vereinbarung schließe ich auf meinen ausdrücklichen Wunsch, ich wurde nicht zu ihr gedrängt.

Ich habe ein Exemplar dieser Vereinbarung erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zum Patienten:

Vater Mutter Betreuer

oder _____

Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

meine Rechnungen bearbeitet die PVS Sachsen. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsaufgaben



bleibt mehr Ruhe und Zeit für die Patienten. Die PVS Sachsen ist eine berufsständische Gemeinschaftseinrichtung, die von Ärzten und Zahnärzten gegründet worden ist und durch diese geleitet wird. Auch die Mitarbeiter/-innen der PVS unterliegen, wie jeder Arzt oder Zahnarzt, den Bestimmungen zur Schweigepflicht gemäß § 203 StGB sowie den Bestimmungen zum Datenschutz. Meine Honorarforderung trete ich an die PVS Sachsen ab (§ 398 BGB). Im Falle eines Rechtsstreites ist die PVS Sachsen Prozesspartei.

Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung zur Weitergabe der zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Tarife, Diagnosen und Verläufe sowie Art und Umfang der erbrachten Leistungen – auch durch weitere Leistungserbrin-

ger – zu erklären sowie der Abtretung der Honorarforderung an die PVS Sachsen zuzustimmen. Die PVS ist Ihr kompetenter Partner für alle Fragen im Zusammenhang mit der Abrechnung meiner erbrachten Leistungen. Sie unterliegt meinen internen Weisungen.

Ihre Einwilligung erfolgt freiwillig und gilt auch für zukünftige Behandlungen. Sie haben das Recht, Ihr Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich zu widerrufen.

Mit freundlichen Grüßen

Praxis für Gastroenterologie

Dr. med. Christian Haferland

Dipl.-Med. Gerald Urban

Dr. med. Stefan Albers (angestellter Arzt)

Fachärzte für Innere Medizin, Gastroenterologie

Carolusstraße 214, 02827 Görlitz

Tel.: 03581 7680-1360 · Fax: 03581 7680-1369

BSNR: 951958100

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten (oder seiner gesetzlichen Vertreter bei unter 18-Jährigen* oder Geschäftsunfähigen)

*Besonderes Einverständnis zur Datenweitergabe bei minderjährigen Patienten:

Der allein unterzeichnende Elternteil sichert ausdrücklich zu, dass die entsprechende Einwilligung des abwesenden Sorgeberechtigten vorliegt.