

Name und Anschrift des Patienten

Augenarzt

Vereinbarung über gewünschte Privatbehandlung

**Photodynamische Therapie**

Nach gründlicher Untersuchung wurde bei mir eine Erkrankung der Netzhautmitte, der Macula, festgestellt, die mit der neuen Therapie, der photodynamischen Therapie, behandelt werden soll.

Auf Grund internationaler wissenschaftlicher Studien ist die Behandlung ab 01. August 2001 als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen anerkannt, derzeit aber nur für die sehr enge Indikation einer sogenannten *überwiegend klassischen, subfoveolären chorioidalen Neovaskularisation*, bei der die Sehschärfe noch mindestens 0,1, bei einer Folgebehandlung mindestens noch 0,05 beträgt. Eine Reihe von Publikationen spricht aber dafür, dass auch bei anderen feuchten Maculadegenerationen die photodynamische Therapie erfolgreich sein kann, so auch bei einer Sehschärfe unter 0,1, bei einer Lokalisation der Gefäßneubildungen nicht exakt im Zentrum der Netzhaut, bei sogenannten occulten zentralen Neovaskularisation oder bei degenerativen Veränderungen der Netzhautmitte im Zusammenhang mit hoher Kurzsichtigkeit und aufgrund einer sogenannten Histoplasmose; für die beiden letzten Indikationen ist das Medikament, der zu infundierende Farbstoff, in Deutschland bereits zugelassen. Für alle diese Fälle übernimmt aber in Deutschland die Kasse nicht die Kosten.

Ich bin mit der Durchführung dieser Therapie einverstanden und bin über Kosten und Komplikationen, u.a. über ein Patienteninformationsblatt, aufgeklärt worden.

Ich habe diese Information gelesen bzw. mir vorlesen lassen, hatte Gelegenheit weitere Fragen zu stellen und bin mit der Durchführung der photodynamischen Therapie bei mir einverstanden.

Die PDT bei der mir vorliegenden Indikation gehört nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Ich vereinbare daher eine Abrechnung nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten wurde ich hingewiesen.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patient/Patientin

.....  
Unterschrift Arzt/Ärztin

2.14/6

Formular-Nummer: PDT-IGeL-2

Seite 1 von 2

Formular hat Gültigkeit für die alten Bundesländer  
Stand: November 01

## Vereinbarung über gewünschte Privatbehandlung

### Photodynamische Therapie

GOÄ-Nr.	Leistungslegende	€-Betrag, Ein-fachsatz	Alte Bundesländer	
			Faktor	€-Betrag
34	Erörterung (Dauer min. 20 Min.) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung	17,49	1,785	31,21 €
1201	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärisch-zylindrischen Gläsern.	5,19	1,785	9,26 €
1225	Kampimetrie (z.B. Bjerrum) - auch Perimetrie nach Förster	7,05	1,785	12,59 €
1249	Fluoreszenzangiographische Untersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund - einschl. Aufnahmen u. Applikation des Teststoffes	28,21	1,785	50,36 €
1251	Lokalisation einer Netzhautveränderung als Voraussetzung für einen gezielten intraokularen Eingriff	15,91	1,785	28,40 €
A5358	Embolisation einer oder mehrerer Arterie(n) im Kopf-Halsbereich -einschließlich Kontrastmitteleinbringung und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - je Gefäßgebiet	262,29	1,785	468,19 €
<b>Rechnungsbetrag in €</b>				<b>600,01 €</b>