



Dr. Schubert & Dr. Wißmann

AUGENÄRZTINNEN AM LINDSCHARREN

>> LINDSCHARREN.DE

## Patienteninformation

### OPTISCHE COHÄRENZ-TOMOGRAPHIE (OCT)

#### Untersuchung mit dem OCT Spectralis® (optischer Cohärenz-Tomograph)

Hochauflösende Schichtaufnahme zur Diagnostik und Verlaufskontrolle von Erkrankungen der Netzhautmitte.

#### Das Gerät

Das OCT (Spectralis® der Firma Heidelberg Engineering) ermöglicht die Beurteilung und Vermessung der Netzhautdicke sowie der Netzhaut-Binnenstrukturen in höchster Auflösung und Qualität.

Die Untersuchung ist komfortabel, berührungs- und schmerzfrei, das Messverfahren ähnelt dem Ultraschall, verwendet jedoch Licht. Die erhaltenen Informationen über Ihre Netzhaut lassen sich in frühzeitige Therapiekonzepte umsetzen, auch präzise Verlaufskontrollen Ihrer Erkrankung sind möglich.



HEIDELBERG  
ENGINEERING

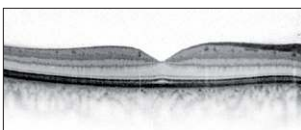
#### Diagnose

Die Diagnostik mit dem OCT kann bei folgenden Augenerkrankungen erforderlich sein:

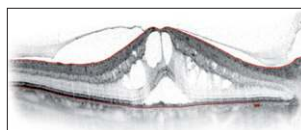
- Altersbedingte Makuladegeneration
- Diabetische Netzhauterkrankungen
- Andere Makulaerkrankungen (z.B. Makulaloch, epiretinale Gliose, Venenverschluss etc.)
- Zur Beurteilung der Netzhautmitte vor oder nach einer Operation oder einem Lasereingriff

#### Ergebnisdarstellungen OCT

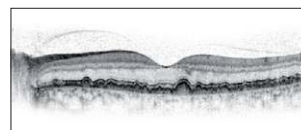
**Gesunde  
Makula**



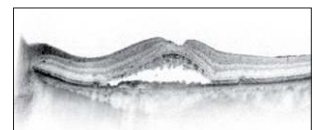
**Diabetisches  
Makulaödem**



**Trockene  
Makuladegeneration**



**Feuchte  
Makuladegeneration**



> BITTE WENDEN



### Vereinbarung über gewünschte Privatbehandlung: Optische Cohärenz-Tomographie (OCT)

Ich bin ausführlich über die cohärenz-tomographische Untersuchung der Netzhautmitte informiert worden.

Ich wünsche eine Untersuchung mit dem optischen Cohärenz-Tomographen.

#### OCT

GOÄ-NR.	LEISTUNG	BETRAG IN € EINFACHSATZ	FAKTOR	BETRAG IN €
Analog GOÄ 424	Optische Cohärenz-Tomographie	40,80	2,3	93,84
Analog GOÄ 406	Optische Cohärenz-Tomographie	11,66	1,0	11,66
<b>Rechnungsbetrag in €</b>				<b>105,50</b>

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.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Patientin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt

\_\_\_\_\_  
Patientenname