

BEHANDLUNGSVERTRAG

ÜBER DIE LEISTUNGSERBRINGUNG EINER SEDIERUNG ZUR MRT-UNTERSUCHUNG

Zwischen

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße • Hausnummer

PLZ • Ort

und Herrn Dr. med. Jost K. Kloth

wird eine intravenöse Sedierung mit Diazepam vereinbart. Der/die Patient/in leidet unter einer ausgeprägten Klaustrophobie, sodass eine konventionelle MRT-Untersuchung ohne medikamentöse Unterstützung nicht möglich ist. Es handelt sich nicht um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und ist daher vom Patienten privat zu zahlen.

Es fallen folgende Gebühren gemäß Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) an:

Leistungen

Anzahl	GOÄ	Leistungen	Faktor	Betrag
1	1	Ärztliche Beratung (Aufklärungsgespräch)	3,5	16,32 €
		Begründung Steigerungsfaktor:		
		- Überdurchschnittlicher Gesprächsbedarf zur Überwindung massiver Angstzustände (Klaustrophobie) mit wiederholter Erläuterung der Abläufe und aktive Entscheidungsunterstützung.		
		- Ausführliche Abwägung zwischen Sedierung, Abbruch oder Verlegung in offenes MRT unter Berücksichtigung logistischer, medizinischer und psychosozialer Aspekte, inklusive Entscheidungsberatung.		
1	253	Intravenöse Injektion (Diazepam)	3,5	14,28
		Begründung Steigerungsfaktor:		
		- Umfangreiche, überdurchschnittliche psychologische Stabilisierung des Patienten		
		- Reaktionsbereitschaft bei instabiler Vigilanz nach Sedierung mit vorbereiteten Notfallmaßnahmen durch das MFA-Team unter permanenter ärztlicher Aufsicht.		
1	602	Oxymetrische Untersuchung (Pulsoximeter-Überwachung)	2,5	22,15
		Begründung Steigerungsfaktor:		
		- Technisch aufwändige Messung mit Spezialgeräten in einem Magnetfeld mit wechselnden Gradienten und Radiofrequenzimpulsen während der Untersuchung		
		Zwischensumme Leistungen		52,75 €
		Zwischensumme Auslagen		0,00 €
		Rechnungsbetrag		52,75 €

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich auf die fehlende Erstattungsfähigkeit der Liquidation durch die Versicherung oder Beihilfe hingewiesen wurde,
- ich ein Exemplar dieser Vereinbarung ausgehändigt bekommen oder auf eine Aushändigung verzichtet habe,
- ich Informationen über den Datenschutz (DSGVO) der Praxis gelesen habe.

Ort • Datum

Unterschrift Patient:in • ggf. gesetzlicher Vertreter