

Einverständniserklärung zur Individuellen Gesundheitsleistung (IGeL)

Schlaganfallvorsorge mittels Ultraschalluntersuchung der hirnersorgenden Gefäße

Vorname: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____

1. Art der Untersuchung

Zur Beurteilung des individuellen Schlaganfallrisikos wird eine Ultraschalluntersuchung der hirnersorgenden Gefäße durchgeführt. Hierbei werden die Halsschlagadern (Carotiden) und – falls erforderlich – die Gehirnarterien (transkranial) mit Farbduplex-Sonographie untersucht. Die Untersuchung ist schmerzfrei und ohne Strahlenbelastung.

2. Medizinischer Hintergrund

Die Untersuchung dient der Früherkennung von Gefäßverengungen (Stenosen) oder Gefäßwandveränderungen (Plaques), die das Risiko für einen Schlaganfall erhöhen können. Es handelt sich um eine individuelle Vorsorgeleistung, die nicht Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung ist, sofern keine medizinische Notwendigkeit (z. B. Symptome oder Vorerkrankung) besteht.

3. Kosten und Abrechnung

Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Für die Untersuchung ergeben sich – je nach gewünschtem Leistungsumfang – folgende wählbare Einzelleistungen:

Auswahl	Leistung	GOÄ-Nr.	Steigerungsfaktor	Betrag (ca.)
☐	Ärztliche Beratung (eingehend, mind. 10 Min.)	3	2,3	20,11 €
☐	Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnersorgenden Gefäße	433	2,3	75,42 €
☐	Duplex-Sonographie der intrakraniellen hirnersorgenden Gefäße	433	2,3	75,42 €
☐	Neurologische Untersuchung	800	2,3	29,10 €

Voraussichtliche Gesamtkosten (je nach Auswahl und Steigerungsfaktor): _____ €

Die tatsächlichen Beträge können je nach Untersuchungsumfang und Aufwand leicht variieren. Die Rechnung erfolgt privat nach § 1 Abs. 2 GOÄ.

4. Aufklärung und Einverständnis

Ich wurde darüber aufgeklärt,

- dass diese Untersuchung nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse gehört,
 - dass sie auf meinen ausdrücklichen Wunsch erfolgt,
 - und dass die Kosten von mir persönlich zu tragen sind. Ich habe Gelegenheit gehabt, Fragen zu stellen, und stimme der Durchführung der ausgewählten Leistungen sowie der privaten Abrechnung nach GOÄ zu.
-

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patientin/Patient: _____

Unterschrift Arzt: _____
