RADIOLOGIE VECHTA

RADIOLOGIE

Kostenregelung bei Dental-CT-Untersuchung

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN

Vorname, Name (ggf. Geburtsname)	Geburtsdatum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

durch die zunehmende Implantat-Behandlung ist es zu einer deutlichen Zunahme der Dental-CT-Untersuchung gekommen.

Da Implantat-Behandlungen nicht zum kassenärztlichen Leistungskatalog gehören, sind wir aus kassenrechtlichen Gründen gehalten, diese Leistung mit dem Patienten gesondert abzurechnen. Wir werden daher dem Patienten neben einer Einverständniserklärung die Kostenübernahme nach GOÄ quittieren lassen. Wir werden die Leistung mit GOÄ 1-fach, entsprechend 116,57 Euro in Rechnung stellen.

Dental-CT-Untersuchungen aus anderen zahnmedizinischen Indikationen, z.B. Darstellung des N. mandibularis vor Zahnextraktion, CT-Untersuchung zur Darstellung von Granulomen oder tumorösen Veränderungen bleiben als kassenärztliche Leistung weiterhin von der Kostenübernahme durch die Patienten befreit. Da wir bei kassenärztlicher Abrechnung von Implantat-Dental-CT-Untersuchungen mit Regressen durch die KV rechnen müssen, hoffen wir auf Ihr Verständnis für die Kostenübernahme-Regelung mit dem Patienten.

Hiermit erkläre ich mich bereit, die Kosten der Untersuchung in Höhe von **116,57 Euro** zu übernehmen.

Einwilligungserklärung

○ Hiermit willige ich ein, dass der überweisende Arzt Zugriff auf meine Bilder und Befunde erhält. Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass den von mir zu einem späteren Zeitpunkt beauftragten Ärzten meine Befunde und Bilder übermittelt werden dürfen.

Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. Bevollmächtigten / Sorgeberechtigten*

* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

CTVEC_005 / REV 2017_03_01