



Optische Vermessung des Auges

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

bei Ihnen ist die Durchführung einer Operation des grauen Stars (Katarakt) geplant.



Im Rahmen der Voruntersuchung wird **Ihr Auge exakt vermessen** und die für Sie **bestmögliche Kunstlinse** berechnet. Ziel dieser Berechnung ist, dass Sie nach der Operation neben einer **Lesebrille** nur eine möglichst **schwache Brille für die Ferne** tragen müssen.

Die Vermessung des Augapfels (Biometrie) mit **Ultraschall** im **Kontaktverfahren** hat sich über viele Jahre bewährt. Die Genauigkeit dieser Ultraschall-Methode ist als **ausreichend** anzusehen und wird daher von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse erstattet.

Mit der **optischen Vermessung** des Auges durch den **IOL-Master** kann in einem **berührungslosen Verfahren** die für die **Berechnung der Intraokular-Linse** notwendigen **Werte**, wie Augen-Achslänge, Hornhautradius und Vorderkammertiefe genauer ermittelt werden.

Die **neuere Laser-Technologie (IOL-Master)** übertrifft in ihrer **Messgenauigkeit den Ultraschall deutlich und ist als besser anzusehen**, wird jedoch nicht von der Krankenkasse bezahlt.

Die optische Vermessung des Auges bietet Ihnen folgende Vorteile im Überblick:

- ☞ Exakte Vermessung des Auges vor der Op
- ☞ Berührungsfreies Verfahren
- ☞ Wegfall der Infektionsübertragungsgefahr
- ☞ Ausschluss von Fehlmessungen
- ☞ Höhere Wahrscheinlichkeit für die Nähe oder Ferne ohne Brille auszukommen



Die **Wahrscheinlichkeit**, ein für Ihre Situation **bestmögliches Ergebnis nach der Operation** zu erzielen, **steigt** mit der Verwendung des **IOL-Masters** an. Diese optische Vermessung ist keine Voraussetzung für die Operation und hat auch keinen Einfluss auf die Qualität ihrer eigentlichen Durchführung. Wir beraten Sie gerne und soweit ohne Verpflichtung.

.....Bitte wenden.....

Vorname und Name Patient/in:

- _____
- Ich **wünsche** die Durchführung der Optischen Vermessung vor der Operation.
- Ich **verzichte** auf die **genauere, optische** Vermessung meiner Augen.
Mir sind die sich daraus möglicherweise ergebenden Folgen für
die Brillenstärke und das Sehen nach der Operation bewusst.

Datum

Unterschrift Patient/in

Für die **Optische Vermessung** erlauben wir uns nach der GOÄ folgende Leistungen zu berechnen:

Ziffer	Leistung	€Betrag	Faktor	€Betrag
A0052.1	Optische und sonographische Messung der Vorderkammertiefe und der Hornhautdicke des 1. Auges	11,66	2,9	34,00€
A0052.2	Optische und sonographische Messung der Vorderkammertiefe und der Hornhautdicke des 2. Auges	4,66	2,9	13,58€
A0053	Berechnung der intraokularen Linse je Auge	7,69	2,9	22,42€
	Endbetrag			70,00€

- Ich bezahle den Betrag von **70 €** in bar oder per EC-Karte
- Ich überweise den Betrag von **70 €** **spätestens** bis zum Tag der Operation
unter Angabe **meines Namens** auf folgendes Konto:

Commerzbank Bochum
BLZ: 430 800 83 ; Kto-Nr.: 81 30 99 101
IBAN: DE32430800830813099101 ; BIC: DRESDEFF430

Datum

Unterschrift Patient/in

Betrag erhalten am

Datum

Unterschrift