

Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung (IGeL)

INJEKTION VON BOTOX® BEI DER CHRONISCHEN ANALFISSUR

Name, Vorname des Patienten

Straße, Nr. , PLZ, Wohnort

Ich wünsche durch Dr. med. Bernd Weber bzw. Dr. med. Peter Wilhelm die privatärztliche Behandlung mit folgender individueller Gesundheitsleistung (IGeL), für die eine Rechnungsstellung auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt. Die Rechnung erfolgt durch die Privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS e.V.) im Namen der Praxis.

Leistung	GOÄ-Ziffern	Faktor	Betrag Euro	Auswahl
Beratung auch telefonisch	1	1,15	5,36	1
Symptombezogene Untersuchung	5	1.15	5,36	1
Injektion s.c./i.m.	252	1.15	2,68	1
„Weichteilunterfütterung“	2442	1,15	60,33	1
Ultraschall ein Organ + Transkavitärzuschlag	420 u. 403	1,15 /1,8	14,10	1

zuzüglich Sachkosten des Botox® jeweils unser aktueller Einkaufspreis inkl. MWSt – Variationen auch Preisminderung oder –erhöhungen möglich - auch durch Verpackungsgröße und Zahl der i.R. einer Sitzung behandelten Patienten --- aktuell ca. 110€ + Betäubungscreme **Anesderm®** ca. 9€

Die Gesamtkosten betragen ca. 200€

Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zu den Leistungen meiner gesetzlichen Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten von dieser (auch nicht teilweise) übernommen oder erstattet werden können. Die Arztrechnung ist mit den oben angegebenen Gesamtkosten von mir selbst zu bezahlen.

Die Vereinbarung schließe ich auf meinen ausdrücklichen Wunsch, ich wurde nicht zu ihr gedrängt.

Eine Kopie dieser Vereinbarung habe ich erhalten -- benötige ich nicht

ICH WURDE ÜBER DEN EINGRIFF UND DESSEN RISIKEN (umseitig) AUFGEKLÄRT UND WÜNSCHE DIE DURCHFÜHRUNG DER BOTOX® BEHANDLUNG. ALTERNATIVE BEHANDLUNGSFORMEN WURDEN MIT MIR BESPROCHEN. ICH WURDE AUCH ÜBER DIE SOG. „OFF LABEL“ NUTZUNG DES PRÄPARATES INFORMIERT

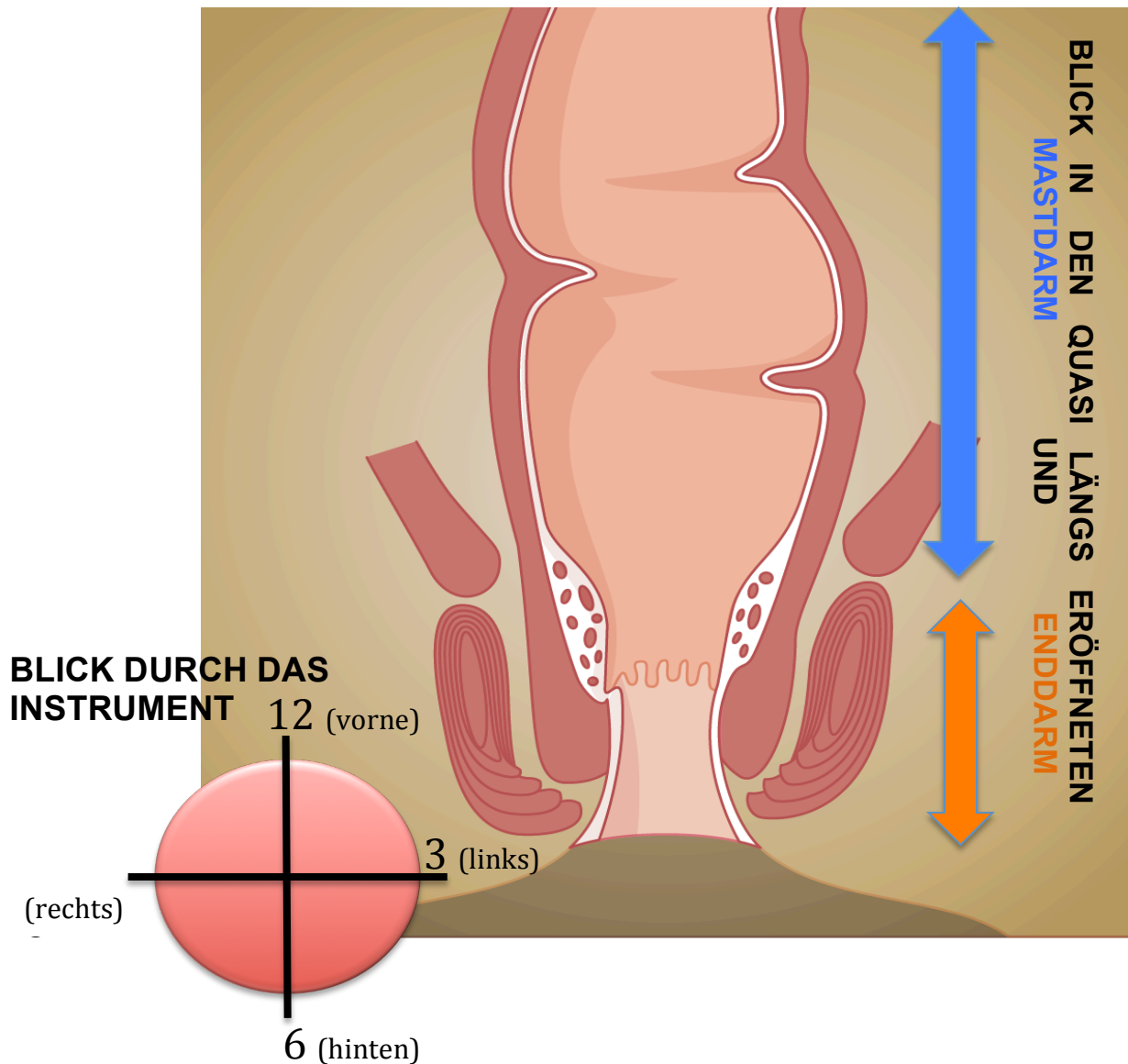
Sindelfingen, den _____

Unterschrift Patient _____

Dr. med. B. Weber, Chirurg, Proktologe
Dr. med. P. Wilhelm, Viszeralchirurg
Praxis mit Tätigkeitsschwerpunkt
Kolo-proktologie

Untere Vorstadt 11
D-71063 SINDELFINGEN
Fon +49 (0)7031-873540 Fax +49 (0)7031-873508

INFORMATIONEN ZU DER PROZEDUR:



DER EINGRIFF ERFOLGT NACH EINWIRKEN EINER BETÄUBENDEN SALBE OHNE WEITERE ÖRTLICHE BETÄUBUNG. Neben der Analfissur wird nach Hautdesinfektion rechts und links in den äußeren Schließmuskel (ggf. Ultraschallkontrolle) eine kleine Menge BOTOX® injiziert (je 0,1ml mit ca. 10 IE BOTOX®)

Der Wirkstoff führt zu einer temporären Muskellähmung, die 6-8 Wochen anhält und voll reversibel ist d.h. immer vollständig abklingt. Hierdurch wird der für die Heilung der Analfissur störende Muskeltonus herabgesetzt und die Analfissur heilt (je nach Studie) in 60-80% der Fälle ab. V.a. bei Patienten mit nicht heilendem Riss und erhöhter Schließmuskelspannung empfehlen wir diese Prozedur, bevor als letzte Möglichkeit eine OP erfolgen sollte (sog. Fissurektomie), die auch bei ca. 20% der Patienten nicht, oder nur schlecht ausheilt.

Risiken:

- 1) Geringes Risiko einer Infektion – Abszeß – ggf. Notwendigkeit den Abszeß operativ zu behandeln
- 2) Stuhlschmierer – ca. 20% der Patienten berichten über ein zeitweiliges Nachschmierer, das aber nach spätestens 6-8 Wo verschwindet