



Praxisnetz Nürnberg Süd  
Medizinische Gemeinschaft

**talking<sup>®</sup>**  
**eyes&more**



**Das Auge -  
Fenster zu Herz und Gehirn**

**talking<sup>®</sup>**  
**eyes&more**



Praxisnetz Nürnberg Süd  
Medizinische Gemeinschaft

### Vereinbarung über gewünschte Privatbehandlung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Ja, ich wünsche (bitte ankreuzen)

- eine Analyse meiner Netzhautgefäße  
für 89,- €
- eine Analyse meiner Netzhautgefäße und  
die Bestimmung der Gefäßwanddicke der  
Halsschlagader (Intima-Media-Dicke)  
für 164,- €

Ich habe die Information zur Ermittlung des persönlichen Gefäßrisikos anhand einer Fotografie des Augenhintergrundes und der Bestimmung der Intima-Media-Dicke der Halsschlagader gelesen und verstanden. Die Untersuchungen werden von Ärzten des PNS in Form einer überörtlichen Teilberufsausübungsgemeinschaft zur Früherkennung und Vorbeugung von hypertoniebedingten Endorganschäden in Auge, Gehirn, Herz und Niere in Zusammenarbeit mit dem Tele-Ophthalmologischen Institut Erlangen durchgeführt. Die weitere Behandlung erfolgt bei meinem Hausarzt oder einem Arzt meines Vertrauens.

Mir ist bekannt, dass die o.g. Leistungen nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung sind. Ich erhalte von der Teilberufsausübungsgemeinschaft eine Rechnung nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und verpflichte mich zur Kostenübernahme. Die Rechnungsstellung und das Inkasso erfolgen durch die Private Verrechnungsstelle Helmsauer.

Ich stimme der elektronischen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung, Auswertung und ggf. wissenschaftlichen Analyse zu.

Meine Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne dass mir Nachteile entstehen, zurückgezogen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum      Unterschrift Patient / Patientin

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel