



CT-Osteodensitometrie (QCT) - Patienteninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Osteoporose oder Knochenschwund ist insbesondere bei Frauen im höheren Lebensalter eine weit verbreitete Erkrankung des Knochens, bei der die verminderte Stabilität zu Brüchen im Bereich des Handgelenks, des Oberarms, des Oberschenkelhalses und der Wirbelkörper führen kann. Dabei reichen im Vergleich zum normalen Knochen schon geringe Belastungen aus, um einen Knochenbruch herbeizuführen.

Eine Vorsorgeuntersuchung zur frühzeitigen Erkennung der Osteoporose wird derzeit von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen. Bei privaten Versicherungsträgern ist eine Kostenübernahme in der Regel unproblematisch. Erst bei eingetretenen Brüchen durch die Osteoporose ist die Osteodensitometrie Kassenleistung, dann ist es jedoch oft zu spät.

Osteoporose kann erfolgreich mit Medikamenten, Ernährung und Änderung der Lebensweise beeinflusst werden – umso wichtiger ist deren frühzeitige Erkennung !

Wir bieten Ihnen die Durchführung einer CT-Osteodensitometrie an. Hierbei erfolgt in bequemer Rückenlage die computergestützte Analyse der drei ersten Lendenwirbel. Vor der Untersuchung wird im Planungsbild sichergestellt, dass auch keine vorgeschädigten Wirbelkörper die Messungen verfälschen. Die Untersuchung erfolgt an unserem modernen Gerät unter Verwendung der sog. Care-Dose Technik, so dass die Belastung des Körpers mit Röntgenstrahlung zu vernachlässigen ist. Im Anschluss an die Untersuchung erfolgt eine ausführliche Befundmitteilung und Beratung, falls krankhafte Befunde vorliegen sollten.

Das Honorar der Untersuchung berechnen wir nach den Richtlinien der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Der Betrag beträgt zur Zeit ca. € 61.- .

Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung

Die o.g. Untersuchung „CT-Osteodensitometrie“ wird von mir als Vorsorgeuntersuchung gewünscht.

Zu einer privatärztlichen Rechnungsstellung gebe ich mein Einverständnis, da diese Untersuchung nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Mir ist bekannt, dass ich gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung keinen Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenbeteiligung habe.

Name _____, Vorname _____

Stuttgart, den _____

Unterschrift _____