

Info zur Früherkennung von Sehstörungen - Amblyopie-Screening

Liebe Eltern,

Sehstörungen können bereits im Säuglingsalter entstehen und unbehandelt zu dauerhaften Sehschäden führen. Eine normale Sehentwicklung beider Augen ist äußerlich nicht sicher erkennbar.

Zur frühzeitigen Erkennung bieten wir ein Amblyopie-Screening mit dem **Vision Screener plusoptiX S12C** an.

Warum ist das Screening wichtig?

Frühkindliche Sehfehler wie **Schielen**, **Fehlsichtigkeit** oder **Hornhautverkrümmung** können die Sehentwicklung im Gehirn dauerhaft beeinträchtigen (Amblyopie). Etwa **jedes zehnte Kind** ist betroffen. Die Kinder selbst bemerken dies meist nicht.

Warum reicht ein normaler Sehtest nicht aus?

Klassische Sehtests sind erst ab etwa **4 Jahren** zuverlässig möglich und erfassen frühkindliche Sehfehler oft nicht. Je früher eine Sehstörung erkannt wird, desto besser sind die Behandlungserfolge.

Wann wird das Screening empfohlen?

- **1. Screening:** im Alter von **6–12 Monaten** (U5 oder U6)
- **2. Screening:** im Alter von **2 Jahren** (U7)

Wie läuft die Untersuchung ab?

Die Untersuchung ist **schmerzfrei**, dauert nur wenige Sekunden und erfolgt berührungslos. Ihr Kind blickt kurz in eine spezielle Kamera, die Sehfunktion beider Augen wird automatisch gemessen. Sie erhalten einen Ausdruck des Ergebnisses.

Welche Sehprobleme werden erkannt?

- Unterschiedliche Brechkraft beider Augen
- Hornhautverkrümmung
- Kurz- und Weitsichtigkeit
- Schielen
- Unterschiedliche Pupillengröße

Kosten

Die Kosten werden nur von einigen gesetzlichen Krankenkassen übernommen, **private Krankenkassen** erstatten sie in der Regel vollständig. Erfolgt keine Kostenübernahme, kann das Screening als **IGeL- bzw. Selbstzahler-Leistung** durchgeführt werden (**ca. 25 € pro Untersuchung**).

Sie erhalten eine Rechnung, die Sie **bei Ihrer Krankenkasse zur möglichen Erstattung einreichen** können.

Bei Fragen sprechen Sie uns gerne an.

Ihr Praxisteam Kind & Herz

Vereinbarung über die Inanspruchnahme individueller Gesundheitsleistungen (IGeL)
[nach § 18 Abs. 8 Nr 2 des Bundes-Mantel-Vertrages für Ärzte (BMV-Ä)]

**Vereinbarung über die objektive Refraktionsbestimmung ("Amblyopiescreening")
mittels
Vision Screener plusoptiX S12C**

Name des Patienten

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Ich/wir wünsche/n, durch meine behandelnde Ärztin/meinen behandelnden Arzt die folgende Leistung auf privatärztlicher Basis für mein Kind in Anspruch zu nehmen. Diese werden auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wie im Folgenden aufgeführt berechnet.

Bezeichnung der Leistung	GOÄ-Ziffer	Faktor	Einzelbetrag (€)
Objektive Refraktionsbestimmung (mit Vision Screener plusoptiX S12C)	A 1259	1,75	24,68
Gesamtkosten (inklusive Sachleistungen)			24,68

Mir/uns ist bekannt, dass die Leistungen in diesem Fall nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehören und daher die Kosten von meiner Krankenkasse nicht (auch nicht teilweise) übernommen oder erstattet werden können. Der oben genannte Betrag ist somit von mir/uns selbst zu tragen.

Diese Vereinbarung schließe/n ich/wir auf eigenen Wunsch nach umfassender und verständlicher Aufklärung über Art und Umfang der Leistung, ihren Nutzen und eventuelle Risiken sowie ggf. erforderlichen Folgeleistungen.

Mir/uns wurde ausreichend Zeit vor Zustimmung und Inanspruchnahme gegeben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter