BNK
Bundesverband
Niedergelassener
Kardiologen e.V.

Kardiologie
Priv.-Doz. Dr. med. Ph. Bahrmann

Austr. 30
74336
Brackenheim

Tel.: 07135/96 26 22
Fax: 07135/96 26 30
info@kardiologie-brackenheim.de
www.kardiologie-brackenheim.de

Schlaganfallvorsorge
Arterienuntersuchung mit Intima-Media-Messung

Situation

Arteriosklerotische Gefäßerkrankungen sind mit ihren klinischen Konsequenzen, wie zum Beispiel Herzinfarkt oder Schlaganfall, die häufigste Todesursache in den Industrienationen. Die Lebensweise in unserem Kulturkreis begünstigt bei vielen Menschen schon in jungen Jahren Gefäßveränderungen mit Fett- und Kalkeinlagerungen. Bei einer höhergradigen Gefäßveränderung spricht man von einer Arteriosklerose. Die Arteriosklerose schleicht sich sehr langsam in den Organismus ein. So kann es Jahre bis Jahrzehnte dauern, bis arteriosklerotische Ablagerungen die Arterien bedrohlich verengen, verhärten und/oder verstopfen – mit den genannten Folgen

Lösung

Entscheidend ist, dass eine Arteriosklerose möglichst früh erkannt wird. Dann sind Schäden noch reparabel und das Risiko, Gefäßwandausstülpungen, einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt zu erleiden, verringert sich deutlich. Vorsorgeuntersuchungen sind deshalb vor allem für Risikopatienten wichtig.
Bei frühzeitigem Erkennen lässt sich die Intima (=Gefäßinnenhaut) –Media (=glatte Muskelzellen)-Dicke beeinflussen, vor allem durch die Reduktion von Risikofaktoren, aber auch mit Medikamenten

Unser Präventions - Angebot für Sie

Die Arterien sind mit einer Gefäßinnenhaut (Intima) und einer Schicht von glatten Muskelzellen (Media) ausgekleidet. Die Intima-Media-Messung ist eine hochpräzise Ultraschalluntersuchung, bei der minimalste Verdickungen von wenigen Zehntelmillimetern in dieser Innenauskleidung der Arterien sichtbar werden und damit bereits den Beginn von Gefäßveränderungen anzeigen.

Sie erhalten eine genaue Diagnose über den Zustand Ihrer hirnversorgenden Arterien, ein persönliches Risikoprofil und entsprechende Behandlungsvorschläge.

Wann ist eine Intima-Media-Messung zu empfehlen?

Zur Vorsorge, Früherkennung und laufender Kontrolle – besonders bei

- ***bekannter anlagebedingter Gefäßwandschwäche***
- ***Bluthochdruck***
- ***koronarer Herzerkrankung***
- ***Herzinsuffizienz***
- ***Dauerstress***
- ***Diabetes mellitus***
- ***Rauchern***
- ***Leistungssportlern***

Die Intima-Media-Messung untersucht die hirnversorgenden Arterien auf Durchgängigkeit, Dicke und Elastizität und dient der Früherkennung von riskanten Gefäßveränderungen.

Vereinbarung über die Inanspruchnahme einer Individuellen Gesundheitsleistung (IGeL)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Hiermit erkläre ich, dass:

- ich eine schriftliche Patienteninformation zur unten genannten IGeL-Leistung erhalten habe. Zusätzlich hat mich mein Arzt persönlich über die Leistung aufgeklärt.
- ich von meinem Arzt darüber aufgeklärt wurde, dass IGeL-Leistungen nicht im Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind, die Kosten deshalb nicht (auch nicht teilweise) von dieser erstattet werden und ich die Leistung selbst bezahlen muss.
- ich die IGeL-Leistung als private Behandlung, die auf Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet wird, in Anspruch nehmen möchte.

Präventive Arterienuntersuchung mit Intima Media Messung

Leistungslegende	GOÄ Nr.	Einf.Betr	Faktor	Anzahl	Summe
Ultraschalluntersuchung eines Organs	410	11,66 €	**1,00**	**1**	**11,66 €**
Ultraschalluntersuchungvon bis zu drei weiteren Organen	420	4,66 €	**1,00**	**1**	**4,66 €**
Doppler-Untersuchung der Extremitätenarterien	644	10,49 €	**1,00**	**1**	**10,49 €**
Doppler-Untersuchung der hirnversorgenden Arterien	645	37,89 €	**1,00**	**1**	**37,89 €**
Gesamtsumme:					**64,70 €**

Präfix A	Analog gem. Paragraph 6 GOÄ
* Technische Leistung:	Faktor 1,0-2,5fach/Mittelwert 1,8 - fach
**Laborleistung:	Faktor 1,0-1,3fach/Mittelwert 1,15 - fach

Bestätigung des Patienten
Ich bestätige hiermit, dass ich die Vereinbarung auf eigenen Wunsch abschließe.

Datum _____ Unterschrift des gesetzlich Versicherten _____

Bestätigung des Vertragsarztes
Ich bestätige hiermit, dass ich den vorgenannten Versicherten in ausreichendem Maße über die Durchführung der Leistung und über die ihm entstehenden Kosten aufgeklärt habe.

Datum _____ Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes _____