



Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie werden in unserer Praxis ganzheitlich behandelt.

Um Ihnen eine optimale Behandlung zukommen zu lassen - auch über die Kassenleistungen hinaus - bemühen wir uns, auf Ihre individuellen Bedürfnisse einzugehen.

Wir sind immer auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand, bilden uns regelmäßig fort und sind so in der Lage, innovative Lösungen und Behandlungsmöglichkeiten anzubieten.

In diesem Flyer sind unsere aktuellen Leistungen beschrieben. Lassen Sie sich Zeit beim Lesen der Lektüre.

Bei Fragen sprechen Sie bitte mit den Arzthelferinnen an der Anmeldung oder mit Ihrem behandelnden Arzt.



Unsere Sprechstunden:

Montag, Dienstag und Donnerstag

7.00 Uhr – 18.00 Uhr

Mittwoch

7.00 Uhr – 14.00 Uhr

Freitag

7.00 Uhr – 15.00 Uhr

Bitte erscheinen Sie pünktlich zu Ihrem vereinbarten Termin, da ansonsten längere Wartezeiten für Sie entstehen können.

Hausarzt-Information

.....
Leistungsspektrum

IGeL-Leistung

Untersuchung der Blutgefäße

Praxis

Dr. Kurt-Martin Schmelzer

.....
Hauptstraße 23

58452 Witten

Tel. 0 23 02 5 67 47

Fax 0 23 02 27 66 03

.....
info@praxis-schmelzer.de

www.praxis-schmelzer.de

Es ist sinnvoll, schicksalhafte Krankheitsprozesse vorherzusehen und ihnen frühzeitig einen Riegel vorzuschieben.

Da die meisten wichtigen Erkrankungen durch Gefäßveränderungen der Blutgefäße verursacht werden, ist es gut, Frühwarnsysteme zu nutzen, welche ohne Risiken bei jedem Menschen anwendbar sind.

Einmal gilt es, den Verkalkungsgrad (Bestimmung der **CIMT** [Carotis intima media thickness]), zum zweiten die **Elastizität** (Pulswellengeschwindigkeit) der Blutgefäße zu ermitteln.

Beide Messungen werden hier in unserer Praxis angeboten und interpretiert.

Dafür sind von Ihnen gemäß der *Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ)*

für die Bestimmung der **CIMT** 37,89 € €

und für die Bestimmung der **Pulswellengeschwindigkeit** 40,44 € €

zu entrichten.

Nach Aufklärung über die medizinische Bedeutung der Leistungen wünsche ich die Durchführung der individuellen Gesundheitsleistung.

Mir ist bekannt, dass die Leistungen *nicht* von meiner Krankenkasse übernommen werden.

Ich werde die Kosten *selber tragen*.

Einverständniserklärung des Patienten:

Bestimmung der **CIMT** 37,89 €

Bestimmung der

Pulswellengeschwindigkeit 40,44 €

(nicht zutreffendes bitte durchstreichen)

.....
Name

.....
Vorname

.....
Unterschrift