Informationen zur Durchführung eines Telekonsils für Patienten & teilnehmende Ärzte

Ein Telekonsil ermöglicht eine **zeitnahe hautfachärztliche Beurteilung unklarer, z.B. hautkrebsverdächtiger Hautläsionen**, ohne dass zunächst ein persönlicher Termin erforderlich ist. Auf diese Weise lassen sich in vielen Fällen längere Anfahrtswege zu einer Hautarztpraxis vermeiden.

Anders als z.B. bei OnlineDoctor®, bei dem Patienten selbst erstellte Fotos einreichen, werden die Aufnahmen beim Telekonsil durch die behandelnde Haus- oder Facharztpraxis angefertigt und zusammen mit einer medizinischen Fragestellung an uns übermittelt. Neben **Übersichts- und Detailaufnahmen** können hierbei ggf. auch **auflichtmikroskopische Bilder** übermittelt werden, die die diagnostische Aussagekraft bei entsprechender Bildqualität erheblich verbessern können.

Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrem behandelnden Arzt, ob die Anforderung eines Telekonsils über dessen Praxis möglich ist. Die **Teilnahme ist für die Haus- oder Facharztpraxis freiwillig** und hängt von den organisatorischen und technischen Möglichkeiten der jeweiligen Arztpraxis ab. Die telekonsiliarische Beurteilung erfolgt ausschließlich auf **Privat- oder Selbstzahlerbasis** (vgl. Honorarvereinbarung Seite 2).

Sofern Ihr Arzt mit der Durchführung eines Telekonsils einverstanden ist, sind folgende Schritte erforderlich:

1. **Telekonsilvereinbarung:** Bitte füllen Sie die privatärztliche Telekonsilvereinbarung auf Seite 2 vollständig aus und legen sie gemeinsam mit den anderen beiden Seiten Ihrem Haus- oder Facharzt vor. Die Verwendung der Mustervereinbarung auf Seite 3 ist der anfordernden Arztpraxis freigestellt.
2. **Datenübermittlung:** Die behandelnde Arztpraxis fertigt **Aufnahmen von maximal drei Hautläsionen** an und übermittelt diese zusammen mit der **unterschriebenen Telekonsilvereinbarung** sowie ergänzenden **medizinischen Angaben** (insb. Lokalisation) über das geschützte ärztliche Kommunikationssystem KIM digital an unsere Praxis. Eine Einsendung per E-Mail ist nicht vorgesehen.
3. **Hautfachärztliche Beurteilung:** Ihr behandelnder Arzt erhält eine zeitnahe schriftliche Einschätzung und Handlungsempfehlung, die er anschließend mit Ihnen besprechen kann. Sollte eine persönliche Untersuchung in unserer Praxis erforderlich sein, nehmen wir zur Terminvereinbarung direkt Kontakt mit Ihnen auf.

Die Aussagekraft hängt wesentlich von der Qualität und Vollständigkeit der übermittelten Bilder und medizinischen Informationen ab. **Eine abschließende diagnostische oder therapeutische Klärung kann nicht garantiert werden.** Gegebenenfalls kann ergänzend eine persönliche Untersuchung oder feingewebliche Abklärung erforderlich werden.

Technische Hinweise zur Bilderstellung für die teilnehmende Haus- oder Facharztpraxis

Für eine aussagekräftige Beurteilung sind folgende Voraussetzungen wichtig:

- **Übersichts- & Detailaufnahmen z.B. mit Smartphone-Kamera**: Die Fokussierung erfolgt vorzugsweise durch Antippen auf dem Smartphone-Display.
- **Auflichtmikroskopische Aufnahmen**: Die Smartphone-Kamera kann hierfür zumeist ohne speziellen Adapter unmittelbar an das Okular des Auflichtmikroskops angesetzt werden. Eine assistierende Person kann die Aufnahme erleichtern, indem sie das Auflichtmikroskop stabil in Position hält. Die Fokussierung erfolgt vorzugsweise durch Antippen der Zielläsion auf dem Smartphone-Display. Zur Vermeidung störender Lichtreflexionen ist die Verwendung einer geeigneten Kontaktflüssigkeit zwischen Haut und Kontaktscheibe und - sofern vorhanden - des Polarisationsmodus hilfreich.

Für die telekonsiliarische Beurteilung benötigen wir eine medizinische Fragestellung sowie Angaben zur Lokalisation und ggf. zeitlichen Entwicklung von maximal drei gezielt ausgewählten Hautläsionen.

Privatärztliche Telekonsilvereinbarung zwischen genanntem Patient & Dr. med. Michael Bär

1. Persönliche Angaben & Rechnungsadresse

Vor- & Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort: _____

Telefon (für evtl. Terminvereinbarung): _____

E-Mail (für evtl. Terminvereinbarung): _____

Anfordernde Haus- oder Facharztpraxis: _____

2. Behandlungsauftrag & Kostenübernahme

Ich wünsche auf Grundlage der von meiner behandelnden Arztpraxis übermittelten Angaben und Bildaufnahmen eine **privatärztliche teledermatologische Beurteilung von maximal drei gezielt ausgewählten Hautläsionen durch Dr. med. Michael Bär** und übernehme die hierfür entstehenden Kosten unabhängig von einer etwaigen Erstattung durch meine Krankenversicherung. Mir ist bekannt, dass grundsätzlich auch vertragsärztliche Möglichkeiten zur dermatologischen Abklärung bestehen können. Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte **analog GOÄ-Nr. 80** mit einem Steigerungsfaktor von ca. 2,0 entsprechend einem **Wert von 35€**, ggf. zzgl. Honorar der anfordernden Praxis.

3. Bildqualität und weiterführende Abklärung

Die Aussagekraft der Beurteilung hängt maßgeblich von der Qualität und Vollständigkeit der übermittelten Bilder und medizinischen Informationen ab. Bei unzureichender Bildqualität kann die anfordernde Arztpraxis einmalig um ergänzende oder verbesserte Aufnahmen gebeten werden, ohne dass hierfür ein zusätzliches Honorar durch Dr. med. Michael Bär entsteht. Die fachärztliche Beurteilung ist auch dann honorarpflichtig, wenn aufgrund eingeschränkter Bildqualität keine abschließende Diagnose möglich ist. Falls eine **persönliche dermatologische Untersuchung** erforderlich wird, übernehmen wir die **Terminvereinbarung entsprechend der medizinischen Dringlichkeit direkt mit Ihnen**. Eine solche Untersuchung ist jedoch nicht Bestandteil des Telekonsilhonorars und wird gesondert nach GOÄ berechnet.

4. Einverständniserklärung des Patienten

Ich bin mit der privatärztlichen teledermatologischen Beurteilung und geschützten Übermittlung meiner hierfür erforderlichen medizinischen Angaben und Bildaufnahmen zwischen meiner behandelnden Arztpraxis und Dr. med. Michael Bär (Bautzen) einverstanden. Ich habe die Informationen zur Durchführung eines Telekonsils auf Seite 1 zur Kenntnis genommen und bin mit der beschriebenen privatärztlichen Leistung sowie der Übernahme der entstehenden Kosten einverstanden.

Ort & Datum: _____

Name & Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters: _____

Privatärztliche Vereinbarung zur Anforderung eines dermatologischen Telekonsils

1. Angaben zur behandelnden Arztpraxis und zum Patienten

Anfordernde Haus- oder Facharztpraxis: _____

Vor- & Nachname des Patienten: _____

Geburtsdatum des Patienten: _____

2. Behandlungsauftrag

Ich wünsche die **Anforderung eines privatärztlichen dermatologischen Telekonsils bei Dr. med. Michael Bär (Bautzen)** durch meine behandelnde Haus- oder Facharztpraxis. Die hierfür erforderliche Leistung des anfordernden Arztes umfasst die gezielte Befund- und Bilddokumentation von maximal drei ausgewählten Hautläsionen, die Zusammenstellung der erforderlichen Informationen sowie deren geschützte elektronische Übermittlung (KIM). Mir ist bekannt, dass grundsätzlich auch vertragsärztliche Möglichkeiten zur dermatologischen Abklärung bestehen können. Ich wünsche jedoch unabhängig davon die vorstehend beschriebene privatärztliche Leistung und übernehme die hierfür entstehenden Kosten unabhängig von einer etwaigen Erstattung durch meine Krankenversicherung.

3. Vorgeschlagenes Honorar und Kostenübernahme

GOÄ Nr. 60 analog, Steigerungsfaktor 2,3, entsprechend einem Honorar von 16,09 €

Leistungslegende: Ärztliche Vorbereitung und Anforderung eines dermatologischen Telekonsils

Das Honorar für die hautfachärztliche Beurteilung durch Dr. med. Michael Bär (35€) ist nicht Bestandteil dieser Vereinbarung und wird gesondert abgerechnet.

4. Einverständniserklärung des Patienten

Ich bin mit der beschriebenen privatärztlichen Leistung meiner behandelnden Haus- oder Facharztpraxis und der Übernahme des hierfür vorgeschlagenen Honorars in Höhe von 16,09€ einverstanden.

Ort & Datum: _____

Name & Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters: _____

Hinweis für die anfordernde Haus- oder Facharztpraxis:

Die Verwendung dieser Mustervereinbarung und der vorgeschlagenen, z.B. mit 2,3fachem Satz gesteigerten Gebührenziffer analog GOÄ-Nr. 60 ist freiwillig. Die anfordernde Praxis ist für die Prüfung der gesonderten privatärztlichen Berechnungsfähigkeit, die zutreffende GOÄ-Abrechnung und die Einhaltung vertragsärztlicher Bestimmungen eigenverantwortlich. Text und Leistungslegende können als Grundlage für eine entsprechende praxisindividuelle Telekonsilvereinbarung herangezogen werden.