

## Kardiologische Überwachung mit dem Holter-EKG-Recorder über mehrere Tage

### Problemlage

Beunruhigende Herzrhythmusstörungen treten in allen möglichen Situationen auf, selten bei der EKG-Untersuchung in der Arztpraxis. Oft ist auch nach mehreren Langzeit-EKG-Analysen (24 Stunden) noch keine Diagnose möglich. Das Vorhofflimmern, die häufige

Ursache des Schlaganfalls, wird nicht erkannt. Nicht nur Patienten, die einen Herzinfarkt oder eine Bypassoperation hinter sich haben, sind deshalb im Alltag schnell verunsichert, wenn sie Unregelmäßigkeiten am Herzen spüren.

### Lösung

Mit dem 2-, 3-, oder 7-Tage-Langzeit-EKG ist die Wahrscheinlichkeit die wichtigen Rhythmusstörungen zu erfassen viel höher. Die gespeicherten Daten werden bei Rückgabe des Recorders mit dem Computer ausgewertet. Patienten mit hohem Risikofaktor gibt die längere EKG-Aufzeichnung durch die lückenlose Überwachung ein hohes Maß an Sicherheit im täglichen Leben.

Seltene symptomatische Herzrhythmusstörungen können leichter und schneller diagnostiziert und behandelt werden. Die wichtige Ursache des Schlaganfalls wird so schneller gefunden.

Nach den Auswertungen des Arztes gewinnen Sie mit der Zeit auch mehr Sicherheit beim Einschätzen Ihrer Beschwerden.

### Unser Angebot für Sie

Sie bekommen das kleine Langzeit-EKG-Gerät (Recorder) je nach Wunsch für zwei oder drei Tage angelegt. Die EKG-Aufzeichnung erfolgt kontinuierlich. Im Fall von Beschwerden haben Sie die Möglichkeit, eine Taste am Recorder zu drücken, um das Ereignis zu

markieren. Damit kann die Sie beunruhigende Rhythmusstörung bei der Auswertung schneller gefunden werden. Der Vorgang kann bei Bedarf mehrmals wiederholt werden. Aber auch ohne den Tastendruck wird das EKG über die komplette Zeit aufgezeichnet.

### Wann ist ein 2-Tage/3-Tage/7-Tage-EKG zu empfehlen?

*Wir setzen diese Untersuchung ein bei*

- *sporadisch auftretenden Herzbeschwerden ohne medizinischen Nachweis in einem EKG/24-Stunden-Langzeit-EKG*
- *Herzrhythmusstörungen*
- *Patienten nach Schlaganfall ohne geklärte Ursache*
- *Patienten mit Herzstolpern oder Herzrasen, bei denen bislang keine Rhythmusstörungen diagnostiziert wurden*
- *ungeklärten Schwindelattacken*
- *Bluthochdruckpatienten mit Schwindelepisoden*
- *Sportlern zur Erfassung von unbekanntem Herzrhythmusstörungen*
- *Herzinfarkt- und Bypasspatienten mit hohem Risikofaktor*

**Der Holter-EKG-Recorder ist ein einfach zu bedienender EKG-Recorder, mit dem die EKG-Daten über mehrere Tage aufgezeichnet werden können.**



## 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.

## Holter-EKG-Recorder über mehrere Tage

Leistungslegende	GOÄ Nr.	Einf.Betr	Faktor	Anzahl	Summe
EKG über 24 Stunden	659	23,32 €	<b>1,00</b>	<b>1</b>	<b>23,32 €</b>
EKG über 24 Stunden	659	23,32 €	<b>1,00</b>	<b>2</b>	<b>46,64 €</b>
EKG über 7 Tage	659	23,32 €	<b>1,00</b>	<b>6</b>	<b>139,92 €</b>

### Gesamtsumme:

2-Tage EKG*	23,32 €
3-Tage EKG*	46,64 €
7-Tage EKG*	139,92 €
* nicht zutreffendes streichen	

### 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