

Antrag auf Kostenübernahme für eine ambulante Operation

Krankenkasse :

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei Ihrer Versicherten

.....
Name, Vorname

.....
Geb. Datum

Diagnose : ICD : N 87.9 (Dysplasie der Cervix)

ist die Durchführung einer Operation erforderlich. Folgender Eingriff/folgende Eingriffe ist/sind geplant:

OPS : 5-671.0 (Konisation)

Die Voraussetzungen für eine ambulante Operation sind erfüllt: Listung im Katalog stationärer Leistungen nach § 115 b SGB V, operabler Gesundheitszustand des Patienten, häusliche Versorgung und Transportmöglichkeiten gesichert.

Ihre Versicherte wünscht ausdrücklich die Durchführung dieser Operation in unserer Tagesklinik.

Bezug nehmend auf die nicht akzeptable Vergütung für ambulante Operationen in Berlin schlagen wir vor, die Honorierung dieses Eingriffes nach Einzelfallprüfung im Rahmen des Kostenübernahmeverfahrens vorzunehmen.

Einen entsprechenden Kostenvoranschlag finden Sie deshalb in der Anlage.

Sie werden ferner gebeten, Ihrer Versicherten zu erläutern, warum ein derartiges Vorgehen für Sie z.B. in Baden-Württemberg oder Hessen nicht notwendig wäre.

Mit freundlichen Grüßen

.....
Datum

.....
Unterschrift

Praxisstempel

ANLAGE

Kostenrechnung Operation lt. EBM

<u>Leistung</u>	<u>EBM – Ziffer</u>	<u>Punkte</u>
OP - Leistung	31301	2300
Narkose	31821	2375
Postop. Überwachung	31502	710
		5385 x 0,047 € = <u>253,10 €</u>

Patienten / Arzt-Vereinbarung

Der/Die unterzeichnende Patient/Patientin erklärt, dass er/sie die ambulante Durchführung des o.g. Eingriffs / der o.g. Eingriffe in dieser Tagesklinik wünscht und dass er/sie den Erstattungsanspruch hierfür an die

Name Tagesklinik

abtritt.

Die Praxisklinik erklärt, dass sie im Gegenzug keine Honorarforderung für diese Operation an den Patienten / die Patientin stellen wird.

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient/Patientin

.....
Unterschrift Arzt

Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

Die in der Anlage genannten Kosten zur Durchführung der ambulanten Operation werden nach Einzelfallprüfung übernommen.

.....
Datum,

.....
Unterschrift Krankenkasse

Stempel