

Antrag auf Kostenübernahme für eine ambulante Operation

Krankenkasse :

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei Ihrer Versicherten

.....
Name, Vorname

.....
Geb. Datum

Diagnose : **ICD :**

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

OPS : 5-690.1 (missed abortion)

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

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

Name Tagesklinik

abtritt.

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

.....
Datum

.....
Unterschrift 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