

# 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 : 5-870.4 (Segmentresektion Mamma )**

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	31113	5740
Narkose	31823	3615
Postop. Überwachung	31504	2050
		11405 x 0,047 €= <b><u>536,04 €</u></b>

---

## 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