

**Antrag auf Kostenübernahme für eine ambulante Operation  
nach EBM 2000+ für  
eine ambulante OP bei  
Harnröhrenenge (OPS 5-585.1)  
Kategorie R1**

Leistung	EBM-Ziffer	Punkte
OP - Leistung	31281	3715
Narkose	31821	2740
Postop. Überwachung	31502	730
		<b>7185 * 0,0470 € = 337,70 €</b>

**Krankenkasse :**

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei Ihrem/Ihrer Versicherten

.....  
Name, Vorname

Geb. Datum

**Diagnose : ICD : N 35.9**

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

**OPS : 5-585.1**


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

Ihr Versicherter/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, Ihrem Versicherten/Ihrer Versicherten zu erläutern, warum ein derartiges Vorgehen für Ihn / Sie z.B. in Baden-Württemberg oder Hessen nicht notwendig wäre.

 Der Kostenträger übernimmt für die oben aufgeführte Operation die Kosten in Höhe von

..... Euro. Die Bezahlung erfolgt nach Rechnungsstellung innerhalb 14 Tagen.

🍏 Der Kostenträger lehnt eine Kostenübernahme der oben aufgeführten Operation ab und vermittelt eine zeitnahe ambulante Operation an anderer Stelle.

Ort ..... Datum ..... Name Sachbearbeiter .....

Stempel

Unterschrift Kostenträger