

# Antrag auf Kostenübernahme für eine ambulante Operation

**Krankenkasse :**

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei Ihrem/Ihrer Versicherten

.....  
Name, Vorname

.....  
Geb. Datum

**Diagnose :** ICD 10: M20.2 Hallux valgus

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

**OPS :** 5-788.31

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.

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.

Mit freundlichen Grüßen

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

Praxisstempel

**ANLAGE**

**Korrekturosteotomie**  
**Kostenrechnung Operation lt. EBM**

<u>Leistung</u>	<u>EBM – Ziffer</u>	<u>Punkte</u>
OP - Leistung	31133	6720
Narkose	31823	3775
Postop. Überwachung	31503	2050
		12545 x 0,047 €= 589,62
<b>Gesamt</b>		<b>€ 589,62</b>

---

**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