

# **Antrag auf Kostenübernahme für eine ambulante Operation**

**Krankenkasse :**

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

**bei Ihrem/Ihrer Versicherten**

.....  
Name, Vorname

.....  
Geb. Datum

**Diagnose : ICD : M72.0 M. Dupuytren**

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

**OPS : 5-642.41 / C5**

**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**

## Kostenrechnung Operation lt. EBM

<u>Leistung</u>	<u>EBM – Ziffer</u>	<u>Punkte</u>
OP - Leistung	31125	11125
Narkose	31825	6800
Postop. Überwachung	31505	2915
		<u>20840 x 0,047 €= <b>979,48 €</b></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