

Anforderungsschein

Molekularpathologische Diagnostik MammaPrint

(Genexpressionstest im Rahmen der Brustkrebsrisikoanalyse)

an das **MVZ Städtisches Klinikum Dessau**
 (PD Dr.med. habil. Piotr Czapiewski, Dr.med. Nicole Arndt)
Auenweg 38
06847 Dessau

Patient/in (Aufkleber)

Anforderer/in (Stempel)

Externe Eingangsnummer: _____

- FFPE-Gewebe Block anbei
- FFPE-Gewebe Schnitt anbei

<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Stationär
<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse
<input type="checkbox"/> Einwilligung externe Abrechnung anbei	<input type="checkbox"/> Kostenerstattungsantrag anbei <input type="checkbox"/> Abtretungserklärung anbei <input type="checkbox"/> Einwilligung externe Abrechnung anbei

Hinweis

Die beantragte Diagnostik dient ausschließlich der Durchführung des MammaPrint-Genexpressionstest. Die Untersuchung fällt nicht unter das Gendiagnostikgesetz (GenDG), da sie die Feststellung einer genetischen Eigenschaft (Merkmalsträgerschaft aufgrund einer Keimbahnmutation) nicht beabsichtigt und nicht ermöglicht.

Befundrückversand an:

.....
(Datum, Unterschrift)

Empfänger (Krankenkasse):

.....
.....
.....

Absender (Patient/in):

.....
.....
.....

**Antrag auf Übernahme der Kosten
für die Molekularpathologische Diagnostik MammaPrint**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich befinde mich derzeit nach der Diagnose eines primären, östrogenrezeptor-positiven, HER2-negativen Mammakarzinoms in ambulanter ärztlicher Behandlung. Die vorliegenden klinisch diagnostischen Daten erlauben mir und meinem Arzt keine klare Einschätzung, ob ich von einer Chemotherapie profitieren oder unnötigerweise unter deren Nebenwirkungen leiden würde. Um über die weiteren therapeutischen Maßnahmen entscheiden zu können, empfehlen meine behandelnden Ärzte die Durchführung eines MammaPrint-Tests..

Die Abrechnung des Pathologen/der Pathologin, der den MammaPrint Genexpressionstest aus dem Tumormaterial für mich durchführt, erfolgt nach

GOÄ	Anzahl	Leistung
4872 analog	29x	Chromosomenanalyse

Ich bitte Sie, im Zusammenhang mit diesem Antrag von einer Kontaktaufnahme mit mir abzusehen und die gesamte Korrespondenz zu meinem Antrag auf Kostenübernahme mit dem/ der leistungserbringenden Pathologen/ Pathologin zu führen, dem/ der ich mit Wirkung vom heutigen Tage in einer separaten Bevollmächtigungs- und Abtretungsvereinbarung eine entsprechende Ermächtigung gem. §13 SGB X erteilt (siehe Anlage).

Hiermit bitte ich, meinen Antrag auf Übernahme der Kosten im Einzelfall wohlwollend zu prüfen.

Mit freundlichen Grüßen

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift des/der Patienten/in

BEVOLLMÄCHTIGUNG UND ABTRETUNGSVEREINBARUNG

Die/Der Versicherte

Name, Vorname

Straße Nr.:

PLZ Ort:

Krankenkasse:

Krankenversicherungsnummer:

tritt ihre/seine Ansprüche auf Erstattung der Kosten für die Durchführung des MammaPrint Genexpressionstests inkl. Versand- und Transportkosten erfüllungshalber ab an

Ansprechpartner/Pathologe/Pathologin

Institut **MVZ Städtisches Klinikum Dessau**
(PD Dr.med. habil. Piotr Czapiewski, Dr.med. Nicole Arndt)

Straße Nr.: **Auenweg 38**

PLZ Ort: **06847 Dessau**

der diese Abtretung hiermit annimmt.

Die/Der Versicherte ermächtigt den o.g. Pathologen oder die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle, diese Kosten direkt bei der Krankenversicherung unter Vorlage einer Kopie dieser Abtretungserklärung und unter Bereitstellung der Unterlagen, die von der Kasse zur Prüfung der Kostenerstattung angefordert werden, geltend zu machen. Das Verfahren der Kostenerstattung ist gem. §13 Abs. 3 SGB V vorgesehen, wenn für eine notwendige medizinische Leistungen eine entsprechende Abrechnung im Einzelfall benötigt wird.

Im Falle einer Ablehnung einer Kostenübernahme durch die o.g. Krankenversicherung ist die Genehmigung erteilt, in meinem Namen, Rechtsmittel gegen diese Entscheidung einzulegen. Von dieser Genehmigung umfasst ist auch die Erteilung einer Untervollmacht an eine auf Kosten des Pathologen beauftragte Rechtsanwaltskanzlei zur Durchführung des Verwaltungs- und Klageverfahrens, soweit dies notwendig wird.

Der Versicherte wird darauf hingewiesen, dass bei Beauftragung einer Rechtsanwaltskanzlei eine gesonderte Vollmacht an diese zu erteilen ist, um das Kostenerstattungsverfahren durchzuführen.

Zum Zwecke der Abrechnung und Durchführung des Kostenerstattungsverfahrens befreit der Versicherte seine behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der/des Versicherten

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der/des Pathologen

Zustimmungserklärung zur externen Abrechnung

Der/Die Patient/in

Name, Vorname:

Straße Nr.:

PLZ Ort:

krankenversichert bei

.....

ist einverstanden, dass im Bedarfsfall der/die mit der molekularpathologischen Untersuchung beauftragte Pathologe/Pathologin zur Abrechnung der ärztlichen Leistung eine externe Abrechnungsstelle einschaltet, hier die

PathoNext GmbH
Deutscher Platz 5
04103 Leipzig

Was die zur Abrechnung zwingend erforderlichen Daten betrifft, entbinde ich meine behandelnden ÄrztInnen insoweit von der Schweigepflicht. Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt nicht für diagnostische Ergebnisse.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der/des Versicherten