

C H E C K L I S T E

Zur Beauftragung einer BRCA-1/2-Mutationsanalyse am Tumorgewebe

1. Antrag auf Kostenübernahme durch GKV / durch den Patienten selbst (Privatpatientin oder Selbstzahlerin) .

Antrag bitte vom dem Patient unterschreiben lassen.

2. „Bevollmächtigung und Abtretungserklärung“ bitte ausfüllen und von der Patientin unterschreiben lassen.
3. Untersuchungsauftrag bitte vollständig ausfüllen.
4. Antrag auf Kostenübernahme, Untersuchungsauftrag, Bevollmächtigung an UKB faxen, Fax-Nr. 0228 – 287 -15030.
5. Ggf. Versand des Tumorgewebes an die Uniklinik Bonn veranlassen.

Empfänger:
(Krankenkasse)

Absender:
(Patientin)

BEVOLLMÄCHTIGUNG UND ABTRETUNGSVEREINBARUNG

Versicherte

Name:

Adresse:

Krankenkasse:

Versicherungs-Nr.:

Bevollmächtigt ihren Pathologen

Institut für Pathologie
Prof. Dr. G. Kristiansen
Venusberg-Campus 1
53127 Bonn

im Falle einer Ablehnung einer Kostenübernahme für die Durchführung des molekulopathologischen BRCA-Tests durch die Krankenversicherung:

Zuständige Krankenkasse:

alle notwendigen Rechtsmittel gegen diese Entscheidung einzulegen.

Zudem tritt die Versicherte ihre Ansprüche auf Erstattung der Kosten für die Durchführung des molekulopathologischen BRCA-Mutationstests ggf. zzgl. Versand- und Transportkosten vollumfänglich an den bevollmächtigten Pathologen ab. Sie ermächtigt ihn oder die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle, diese Kosten direkt bei der Krankenversicherung unter Vorlage einer Kopie dieser Abtretungserklärung und unter Beifügung der entsprechenden ärztlichen Verordnungen und ggf. des pathologischen Befundberichts geltend zu machen.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der Versicherten

Anforderungsschein Molekularpathologische Analyse BRCA-1/2-Mutationen am Tumorgewebe

(bei fortgeschrittenem, Platin-sensitiven, serösem Karzinom
des Eierstocks, Eileiters oder des Peritoneums)

an das Institut für Pathologie Bonn

Patientin (Aufkleber)	Anfordernder Arzt (Stempel)
	Tel-Nr. für Rückfragen:
Externe Eingangsnummer: _____	

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zu untersuchender Paraffinblock anbei | <input type="checkbox"/> Kostenerstattungsantrag anbei |
| <input type="checkbox"/> Paraffinblock wird separat übersandt | <input type="checkbox"/> Abtretungserklärung anbei |
| <input type="checkbox"/> Paraffinblock ist bereits in der Uniklinik Bonn | <input type="checkbox"/> Rechnung Versand-/ Transportkosten anbei |
- (Überweisungsschein anbei)
- Ambulant
- Privat
 - Kasse
- Stationär
- Privat
 - Kasse

Hinweis

Die beantragte Testung dient ausschließlich der Untersuchung auf eine therapierelevante BRCA-1/2-Mutation im Tumorgewebe. Die Untersuchung stellt **keine** Keimbahnanalytik dar, erlaubt auch **keine** Keimbahnaussage und erfordert **keine** Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz.

Materialrückversand an:

.....
(Ort / Datum, Unterschrift des Arztes)

Empfänger:
(Krankenkasse)

Absender:
(Patient)

Antrag auf Übernahme der Kosten für den molekulpathologischen BRCA-Test am Tumorgewebe:

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich befinde mich derzeit nach Diagnose eines Rezidivs eines BRCA-mutierten high-grade serösen Ovarialkarzinoms in ärztlicher Behandlung. Es ist eine Therapie mit Olaparib vorgesehen. Zwingende Voraussetzung dafür ist die molekulpathologische Analyse der BRCA-1/2-Mutationen. Der Kostenvoranschlag des Pathologischen Instituts, das den BRCA-Mutationstest für mich durchführen soll, beläuft sich auf 1.952,62 € ggf. zzgl. Versand- und Transportkosten.

Ich ersuche Sie, im Zusammenhang mit diesem Antrag auf Kostenübernahme von einer Kontaktaufnahme mit mir abzusehen. Ich wünsche durch Sie als meine Krankenkasse derzeit keine medizinische Beratung, da diese bereits durch die von mir ausgewählten Ärzte meines Vertrauens erfolgt.

Mit Wirkung vom heutigen Tage habe ich in einer separaten Bevollmächtigungs- und Abtretungsvereinbarung

Institut für Pathologie
Prof. Dr. G. Kristiansen
Venusberg-Campus 1
53127 Bonn

entsprechend §13 SGB X ermächtigt, die Kosten für den molekulpathologischen BRCA-Test in meinem Namen bei Ihnen geltend zu machen und alle in diesem Zusammenhang notwendigen Rechtsmittel einzulegen. Ich weiß, dass diese Ermächtigung Sie entsprechend § 13 (3) SGB X verpflichtet, die gesamte Korrespondenz zu meinem Antrag auf Kostenübernahme ab sofort mit dem Institut zu führen. Ich wäre Ihnen jedoch sehr verbunden, wenn Sie mich insbesondere über Ihre Entscheidung zur Kostenübernahme ebenfalls in Kenntnis setzen könnten.

Mit freundlichen Grüßen

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der Patientin