

Kostenübernahmeerklärung für:

Name, Vorname des Versicherten

Versicherungsnummer

Anschrift

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Untersuchung voraussichtlich geplant am: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei o.g. Versicherten wird aus medizinischen Gründen neben der Coloskopie auch eine Gastroskopie erforderlich.

Die Abrechnung der ambulanten Coloskopie erfolgt im Krankenhaus nach dem AOP-Vertrag § 115 SGB V. Da die ÖGD nicht Bestandteil dieses Vertrages ist, jedoch gemäß der Änderungsvereinbarung vom 15.03.2004 bei medizinischer Notwendigkeit erbracht werden kann, bitten wir hiermit um Kostenübernahme.

Für die Abrechnung der Gastroskopie verwenden wir die EBM Ziffer 13400 mit einem Betrag von 111,86 Euro.

Wir bitten um eine schriftliche Kostenzusage.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten