

Empfänger (Krankenkasse):

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

Versicherungsnummer:

.....

Absender (Patientin)

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

Antrag auf Übernahme der Kosten für den molekularpathologischen BRCA-Test

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich befinde mich derzeit nach der Diagnose eines Platin-sensitiven Rezidivs eines high-grade, serösen Ovarialkarzinoms in ärztlicher Behandlung. Es ist eine Therapie mit Olaparib vorgesehen. Zwingende Voraussetzung dafür ist die molekularpathologische Analyse der BRCA-1/-2-Mutationen.

Die Abrechnung des Pathologen/der Pathologin, der den BRCA-Mutationstest am Tumor für mich durchführt, erfolgt nach

| GOÄ | Anzahl | Leistung |
|-------------|---------------|-----------------------------|
| 4872 analog | 21 | BRCA1/2-Mutationsdiagnostik |

zzgl. Versand- und Transportkosten gem. §10 GOÄ.

Hiermit bitte ich Sie um eine zeitnahe Antwort und verbindliche Zusage der Kostenübernahme.

Ich ersuche Sie, im Zusammenhang mit diesem Antrag von einer Kontaktaufnahme mit mir abzusehen. Mit Wirkung vom heutigen Tage habe ich in einer separaten Bevollmächtigungs- und Abtretungsvereinbarung eine Ermächtigung gem. §13 SGB V erteilt (siehe Anlage).

Ich weiß, dass diese Ermächtigung Sie entsprechend § 13 (3) SGB V verpflichtet, die gesamte Korrespondenz zu meinem Antrag auf Kostenübernahme ab sofort mit dem leistungserbringenden Pathologen/der leistungserbringenden Pathologin zu führen. Ich wäre Ihnen jedoch sehr verbunden, wenn Sie mich über Ihre Entscheidung zur Kostenübernahme in Kenntnis setzen könnten.

Mit freundlichen Grüßen

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der Patientin