

Gemeinschaftspraxis Radiologie
Dr. med. Susanna Remmler
Jens-Uwe Streu

Zertifiziert nach ISO 9001 und ISO 14001

MRT CT Röntgen Mammographie
MR-Mammographie Ultraschall
Schmerztherapie (FB/PRT)

Zertifizierter Kooperationspartner am Brustzentrum Ostthüringen
bei der Behandlung von Brustkrebspatienten (OnkoZert)

Praxis für Radiologie/Nuklearmedizin, J.-R.-Becher-Str. 1, 07546 Gera

Ärztehaus Gera-Bieblach
Johannes-R.-Becher-Str. 1
07546 Gera

Telefon: 0365 486 – 213/-215
Telefax: 0365 486 – 211
www.roentgenpraxis-gera.de

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

zum 01.04.2013 ergibt sich eine gesetzliche Änderung die CT-gesteuerte Intervention im Rahmen der Schmerztherapie bei Wirbelsäulenbeschwerden (PRT, Facettenblockade) betreffend. Eine Abrechnung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung kann prinzipiell nur auf Überweisung von einem Facharzt für Spezielle Schmerztherapie erfolgen.

Sollten Sie von einem anderen Arzt überwiesen werden, ist eine Behandlung bei strenger Indikationsstellung durch uns ebenfalls möglich. Hier behält sich allerdings Ihre Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen das Recht vor, unsere Indikation und Abrechnung im Nachhinein zu prüfen.

Da eine **nachträgliche** Indikationsüberprüfung einer bereits von uns erbrachten Behandlung das Risiko der Nichterstattung der Leistungen durch die Krankenkasse birgt, halten wir es für notwendig, dass Ihre Krankenkasse die Begründung zur Durchführung der CT-gesteuerten Intervention gemäß Abrechnungsnummer GOP 34505 (EBM) vor der Behandlung anerkennt und dies auch schriftlich bestätigt – siehe unten!

Bestätigung der Krankenkasse

Wir, die Krankenkasse, bestätigen hiermit, dass wir im Rahmen der CT-gestützten Intervention bei Schmerzpatienten (gemäß Kriterien EBM, GOP 34505) die Indikation hierzu anerkennen und ausdrücklich auf eine nachträgliche Überprüfung der Indikation verzichten und die Vergütung der GOP 34505 nicht von der Plausibilität der Erbringung abhängig zu machen. Die jeweilige Krankenkasse des Versicherten hatte ausreichend Zeit vor Beginn der Behandlung die Indikation hierzu zu überprüfen.

Datum,

.....
Name/Geb.-Datum des Patienten/Patientin

.....
Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

Version 1.0	Seite 1 von 1
Erstellt : 29.03.2013 wä	
Geprüft: Str.	