

An: (Krankenkassen-Adresse)

Fax-Nr:

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

.....

Antrag der/des Versicherten

auf Genehmigung der Durchführung einer Mutationssuche nach den Gebührenordnungspositionen (GOPen) 11449, 11514 oder 19425 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

Beantragende/r Patientin/Patient

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Kostenträger/Krankenkasse:

Versichertennummer: Status:

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung folgender Leistung:

- Mutationssuche in weiteren Genen nach GOP 11449
- Mutationssuche in mehr als 25 Kilobasen kodierender Sequenz nach GOP 11514
- Mutationssuche in mehr als 20 Kilobasen kodierender Sequenz nach GOP 19425

Genetische Untersuchung durch nachfolgend genannte Vertragsärzte:

Dr. med. Annemarie Schwan; LANR: 757781522
Dr. med. Judith Kötting; LANR: 219866722

Dr. med. Stefanie Schön; LANR: 665676622
Dr. med. Stefan Wiczorek; LANR: 221142722

Stempel Vertragsarzt

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten oder gesetzliche/r Vertreter/in