



Humangenetik

E-Mail: genetik@labmed.de
Tel: 0231 / 9572 -7210

Empfänger (Krankenkasse):

Absender (Patientin/Patient):

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versichertennummer: _____

Antrag auf Übernahme der Kosten für die ESR1-Mutationsdiagnostik zur Therapieplanung mit Elacestrant

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich befinde mich derzeit in ärztlicher Behandlung nach der Diagnose eines

- Estrogenrezeptor-positiven, HER2-negativen, lokal fortgeschrittenen oder metastasiertem Brustkrebs nach mindestens einer endokrinen Therapielinie (einschließlich eines CDK4/6 Inhibitors)

Es ist eine Therapie mit dem zur Zeit einzig zugelassenen oralen SERD („selective estrogen receptor degrader“) ORSERDU® (Elacestrant) vorgesehen. Zwingende Voraussetzung dafür ist der Nachweis einer ESR1-Mutation in zellfreier DNA (sogenannte liquid biopsy). Hiermit beantrage ich die Übernahme der hierdurch entstehenden Kosten für die Erbringung der Labor-Analytik. Die Abrechnung des Humangenetiklers/der Humangenetikerin, der/die die ESR1-Mutationsdiagnostik für mich durchführt, erfolgt in Anlehnung an die EBM-GOPs

| GOP | Anzahl | Betrag in € |
|-------|--------|-------------|
| 19401 | 1 | 16,66 |
| 19402 | 1 | 47,80 |
| 19403 | 1 | 44,01 |
| 19404 | 1 | 27,12 |
| 19453 | 3 | 233,73 |

Gesamt: 369,32 €

Den Bericht meiner/meines behandelnde/n Ärztin/Arztes über die Erforderlichkeit der Behandlung und Diagnostik füge ich als Anlage bei. Hiermit bitte ich Sie um eine zeitnahe Antwort und eine verbindliche Zusage der Kostenübernahme.

Mit freundlichen Grüßen

Ort / Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Name

- weiblich
 männlich
 divers

Vorname

Straße

Geburtsdatum

PLZ, Ort

Einsender (ggf. Stempel)



Laboratoriumsmedizin Dortmund

Brauhausstraße 4
44137 DortmundTel.: 0231·95 72 - 0
Fax: 0231·57 98 34info@labmed.de
www.labmed.de

Rückfragen an

Name

Tel-Nr.

Fax-Nr.

Mail

Rechnung

- Rechnung an Patient:in
 Überweisungsschein (Muster 10)
- ambulant §116b
 stationär/Rechnung an Einsender

Nur vom Labor auszufüllen

Auftragsnummer

ESR1 Liquid Biopsy – Anforderungsschein und Kostenübernahmeerklärung

Version 11/2023

Kontakt: Tel: 0231/9572-7210 E-Mail: genetik@labmed.de

Probenmaterial

- Streck Cell-Free DNA BCT®:

Klinische Angaben / Anamnese (* Bitte nähere Angaben machen und ggf. Unterlagen beifügen.)

- Diagnose auf Estrogenrezeptor-positivem, HER2-negativem, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs
-

Gewünschte molekulargenetische Untersuchung

ESR1-Mutationsdiagnostik zur Therapieplanung mit Elacestrant bei Estrogenrezeptor-positiven, HER2-negativen, lokal fortgeschrittenen oder metastasiertem Brustkrebs nach mindestens einer endokrinen Therapielinie (einschließlich eines CDK4/6 Inhibitors)

Bitte führen Sie die genannte Untersuchung durch (Auswahl ankreuzen):

- sobald mir, der Patientin/ dem Patient, die Kostenübernahmeerklärung meiner Krankenkasse vorliegt und ich das Labor darüber informiert habe, dass mit der Analyse begonnen werden kann. (Telefonische Benachrichtigung des Labors unter 0231/9572-6618),

ODER

- sofort nach Eingang des Probenmaterials im Labor. Die Kosten in Höhe von 369,32 € werden mir, der Patientin / dem Patienten als Selbstzahlerleistung getragen.

Die oben genannte, von meiner verantwortlichen Ärztin / meinem verantwortlichen Arzt genannte Untersuchung möchte ich als Privatpatient in Anspruch nehmen. Dieser Wunsch ist nicht durch meine Ärztin /meinen Arzt beeinflusst worden. Die von mir gewünschte Leistung ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Ich wurde darüber informiert, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Die Kosten des Tests sind von mir privat zu bezahlen. Es handelt sich um eine Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung gem. §18 ABS. 9BMV-Ä.

Ort, Datum

Name in Druckschrift und Unterschrift **Patientin/Patient** bzw. gesetzl. VertretungName/Stempel und Unterschrift verantwortliche/r **Ärztin/Arzt**