Universität Rostock Traditio et Innovatio

Universitätsmedizin Rostock

Zentrum für Radiologie
Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin
Zertifiziert nach ISO 9001:2008

Gertrudenplatz 1
18057 Rostock

Direktor:
Univ.-Prof. Dr. med. B.J. Krause

Chefarztsekretariat:
Tel.: +49 (0)381 494 - 91 01
Fax: +49 (0)381 494 - 91 02
e-mail: knuk@med.uni-rostock.de

Klinik für Nuklearmedizin: Gertrudenplatz 1, 18057 Rostock

Unsere Zeichen Datum

Anmeldung/Kontakte:

Leitstelle Nuklearmedizin:
Konventionelle Diagnostik:
Tel.: +49 (0)381 494 - 5292
Fax: +49 (0)381 494 - 9025

Schilddrüsenambulanz:
Tel.: +49 (0)381 494 - 9103
Fax: +49 (0)381 494 - 9174

PET/CT-Zentrum:
Tel.: +49 (0)381 494 - 9190
Fax: +49 (0)381 494 - 9189

Therapie-Station:
Tel.: +49 (0)381 494 - 90 54
Fax: +49 (0)381 494 - 90 57

Wissenschaftliches Sekretariat:
Tel.: +49 (0)381 494 - 9111
Fax: +49 (0)381 494 - 9112
e-mail: angela.loebsin@med.uni-rostock.de

Strahlenphysik:
Tel.: +49 (0)381 494 - 9010
Fax: +49 (0)381 494 - 9012

Radiopharmazie:
Tel.: +49 (0)381 494 - 9014
Fax: +49 (0)381 494 - 9012

Informationsblatt / Kostenübernahmeerklärung für die Abrechnung einer Positronen-Emissions-Tomographie / Computertomographie (PET/CT) bei Versicherten (gilt nicht für Privatpatienten)

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

bei Ihnen wird eine PET/CT –Untersuchung ambulant durchgeführt.

Geplant ist eine PET/CT aufgrund folgender Indikation (bitte ankreuzen):

( ) Malignes Melanom (s. Anlage 1)
( ) Kolorektales Karzinom - Rezidiv
( ) Cancer of unknown primary (CUP)
( ) Andere Indikationen _____

Folgende Beträge kommen zur Abrechnung:
PET/CT Körperstamm – Low Dose CT oder diagnostisches CT

EBM-Nr.	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Punkte	Punktwert	Betrag
17210	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	1	88	0,104361 €	9,18 €
34700	PET Körperstamm 18-F-FDG (Low Dose)	1	4.456	0,104361 €	465,03 €
34701	PET Körperstamm 18-F-FDG (zzgl. Diagn. CT)	1	5.653	0,104361 €	589,95 €
40584	Kostenpauschale für 18-F-FDG	1	255,00 €		255,00 €
40120	Transport von Briefen bis 20g oder Telefax	1	0,55 €		0,55 €

O. g. Positionen wurden äquivalent zur EBM-erfassten Leistung kalkuliert. Position 34700 und 34701 sind Alternativpositionen, es kommt immer nur eine der Gebührenziffern zur Abrechnung. Wir bitten Sie, vor der Untersuchung die Kostenübernahme mit Ihrer Kasse abzuklären und uns die Kostenübernahmeerklärung Ihrer Krankenkasse zukommen zu lassen. Falls Ihre Krankenkasse die Kosten nicht bzw. nicht vollständig übernimmt, rechnen wir die Untersuchungskosten direkt mit Ihnen ab.

Wir bitten Sie, folgende Erklärung durch Ihre Krankenkasse unterschreiben zu lassen:

Kostenübernahmeerklärung
Wir erklären hiermit, dass wir die Kosten für die ambulante PET/CT-Untersuchung unseres Versicherten _____ geboren am _____
in der UMR übernehmen. Wir verpflichten uns, das Entgelt entsprechend der oben dargestellten Gebührenpositionen zu bezahlen. Soweit sich Tarif- und Kostenänderungen ergeben, bezahlen wir den angepassten Betrag.

_____ _____

Ort, Datum Stempel und Unterschrift der zuständigen Krankenkasse