

Klinik für Nuklearmedizin: Gertrudenplatz 1, 18057 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

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

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

Unsere Zeichen Datum

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Anmeldung/Kontakte:

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

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

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

Geplant ist eine PET/CT aufgrund folgender Indikation
() Prostatakarzinom- Rezidiv (s. Anlage 1)

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

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

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

EBM-Nr.	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Punkte	Punktwert	Betrag
17210	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	1	88	0,104361 €	9,18 €
34700	PET Körperstamm Ga-68 PSMA (Low Dose)	1	4.456	0,104361 €	465,03 €
34701	PET Körperstamm Ga-68 PSMA (zzgl. Diagn. CT)	1	5.653	0,104361 €	589,95 €
40584	Kostenpauschale für Ga-68 PSMA	1	738,30 €		738,30 €
40120	Transport von Briefen bis 20g oder Telefax	1	0,55 €		0,55 €

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

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

O. g. Positionen wurden äquivalent zur EBM-erfassten Leistung kalkuliert. Position 34700 und 34701 sind Alternativpositionen, es kommt immer nur eine der Gebührensätze 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.

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

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