

**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	Konsiliarpauschale	1	88	0,111244 €	9,79 €
34700	PET Körperstamm 18-F-FDG (Low Dose)	1	4.456	0,111244 €	495,70 €
34701	PET Körperstamm 18-F-FDG (zzgl. Diagn. CT)	1	5.653	0,111244 €	628,86 €
40584	Kostenpauschale für 18-F-FDG	1	255,00 €		255,00 €
40110	Versand / Transport von Briefen	1	0,85 €		0,85 €

O. g. Positionen wurden äquivalent zur EBM-erfassten Leistung kalkuliert.

Position 34700 und 34701 sind Alternativpositionen, es kommt immer nur eine der Gebührensuffern 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