

Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendmedizin am Zentrum für Kinder- und
Jugendmedizin

Adresse Krankenkasse

Kommissarischer Direktor/Leiter:
Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Pohlenz

Dr. Claudius Meyer
Laborleitung Pädiatrische Immunologie
Verfügungsgebäude 911
Obere Zahlbacher Str. 63
55131 Mainz
Telefon: +49 (0) 6131 17-9753
Telefax: +49 (0) 6131 17-9658
E-Mail: meyer@uni-mainz.de
www.unimedizin-mainz.de

Ort, Datum

Kostenübernahme-Erklärung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Untersuchungsdatum:
Patientenname, -vorname:
Geburtsdatum:

Quartal: __

Krankenkasse:

Einsender:

Anschrift
PLZ, Ort

stationär ambulant schriftl. Laborauftrag liegt uns vor. liegt uns nicht vor.

Sehr geehrte Damen und Herren,

für o.g. Patienten bitten wir um Kostenübernahme der nachfolgenden immunologischen Laboruntersuchungen. Sie dienen zur Bestätigung oder zum Ausschluss eines angeborenen, primären Immundefekts. Die nachfolgenden Untersuchungen werden in Europa in ihrer Methodik, ihrem Umfang und ihrer Aussagekraft nur von wenigen immunologischen Speziallaboren durchgeführt, die in der Regel an Universitäts-Kinderkliniken beheimatet sind. Für die einsendende Institution sind wir das nächstgelegene Labor.

Die Beträge errechnen sich aus den angegebenen Ziffern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÖ) bzw. dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Die Eurobeträge sind nicht aufgeführt, da diese je nach Abkommen unterschiedlich zur Abrechnung kommen können, z.B. im Rahmen des Normaltarifs der dt. Krankenhausgesellschaft (DKG-NT).

Die aus den nachfolgenden Ziffern hervorgehenden Kosten werden von der unterzeichnenden Institution übernommen. Die endgültige Abrechnung und Rechnungsstellung erfolgt über die Patientenverwaltung (ambulante Abrechnungsstelle) der Universitätsmedizin Mainz.

Untersuchung	GOÄ	EBM
<input type="checkbox"/> Phänotypisierung	1 x 3550 1 x 3551 3 x 3696 6 x 3697	1 x 32121 1 x 32520 1 x 32522 1 x 32523 1 x 32524 1 x 32525 1 x 32526 2 x 32527
<input type="checkbox"/> T-Zell-Stimulation (abgewandelter Lymphozytentransformationstest)	1 x 3680 1 x 4003 3 x 3694	1 x 32510 1 x 32532
<input type="checkbox"/> Kontrolle	1 x 3680 1 x 4003 3 x 3694	
Granulozytenfunktionsteste		
<input type="checkbox"/> Sauerstoffradikale	3 x 3693	1 x 32533
<input type="checkbox"/> Kontrolle	3 x 3693	
<input type="checkbox"/> Phagozytenfunktion	2 x 3693	
<input type="checkbox"/> Adhäsionsmarker	6 x 3693	
<input type="checkbox"/> Kontrolle	6 x 3693	
<input type="checkbox"/> Chemotaxis	3 x 3693	
<input type="checkbox"/> Kontrolle	3 x 3693	
<input type="checkbox"/> Krankheits- und Befundbericht (Arztleistung)	1 x 75	
<input type="checkbox"/> Befundübermittlung		1 x 40100

Untersuchung	GOÄ	EBM
<input type="checkbox"/> Spezifische T-Zell-Stimulation (aCD3/aCD28) (Lymphozytentransformationstest)	1 x 3680 1 x 4003 2 x 3694	1 x 32510 1 x 32532
<input type="checkbox"/> Kontrolle	1 x 3680 1 x 4003 2 x 3694	
<input type="checkbox"/> T-Zell-Antigenrezeptoren (TCR$\alpha\beta$, TCR$\gamma\delta$)	4 x 3693	1 x 32533
<input type="checkbox"/> Zytokin-Profil aus Kulturüberstand	1 x 3680 1 x 4003 2 x 3694	1 x 32510 1 x 32532
<input type="checkbox"/> Kontrolle	1 x 3680 1 x 4003 2 x 3694	
<input type="checkbox"/> Quantitative Analyse der Zytokingenexpression mittels RT-PCR	1 x 3680 1 x 4003 2 x 3694 2 x 3920 2 x 3922 2 x 3924	1 x 32510 1 x 32532 4 x 11320 2 x 11321
<input type="checkbox"/> Kontrolle	1 x 3680 1 x 4003 2 x 3694	

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel des Kostenträgers