

**ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME**  
**für den molekulopathologischen BRCA-Mutationstest am Tumorgewebe**  
**mittels Next Generation Sequencing (NGS) zur Therapieplanung**

**Empfänger (Krankenkasse):**

.....
.....
.....

**Absender (Patientin):**

.....
.....
.....

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach der Diagnose eines Platin-sensitiven rezidivierenden high-grade, serösen Ovarialkarzinoms Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms befinde ich mich derzeit in ärztlicher Behandlung. Vorgesehen ist eine Therapie mit Lynparza® (Wirkstoff Olaparib). Zwingende Voraussetzung für diese Therapie ist die molekulopathologische Analyse der BRCA1/-2-Mutationen.

Die Abrechnung des Pathologen/der Pathologin, der die BRCA-Mutationsdiagnostik am Tumorgewebe für mich durchführt, erfolgt nach

<b>GOÄ</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Leistung</b>
4872 analog	21	BRCA1/2-Mutationsdiagnostik
zzgl. Versand- und Transportkosten gem. §10 GOÄ.		

Hiermit bitte ich Sie um eine zeitnahe Antwort und verbindliche Zusage der Kostenübernahme.

Gleichzeitig bitte ich darum, von einer Kontaktaufnahme mit mir im Zusammenhang mit diesem Antrag abzusehen. Medizinische Beratung durch Sie als meine Krankenkasse wünsche ich derzeit nicht, da diese bereits durch von mir gewählte Ärzte meines Vertrauens erfolgt.

Mit Wirkung vom heutigen Tage habe ich in einer separaten Bevollmächtigungs- und Abtretungsvereinbarung eine Ermächtigung gem. §13 SGB X erteilt (siehe Anlage). **Mir ist bekannt, dass diese Ermächtigung Sie als Krankenkasse gem. § 13(3) SGB X verpflichtet, die gesamte Korrespondenz zu meinem Antrag auf Kostenübernahme ab sofort mit dem leistungserbringenden Pathologen/der leistungserbringenden Pathologin zu führen.** Ich wäre Ihnen jedoch sehr verbunden, wenn Sie mich ebenfalls über Ihre Entscheidung zur Kostenübernahme in Kenntnis setzen könnten.

Mit freundlichen Grüßen

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift der Patientin