

Antrag des Versicherten

auf Genehmigung der Durchführung einer Mutationssuche nach den Gebührenordnungspositionen (GOPen) 11449, 11514 oder 19425 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

1. Die Antragstellung erfolgt für folgende(n) Patientin/en

| | |
|---|---------------|
| Name _____, Vorname _____ | |
| Geburtsdatum: _ _ / _ _ / _ _ _ _ TT MM JJJJ | |
| Kostenträgerkennung: _____ | |
| Versichertennummer: _____ | Status: _____ |

2. Beantragt wird die Genehmigung der Ausführung folgender Leistung:

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Mutationssuche in weiteren Genen nach GOP 11449 |
| <input type="checkbox"/> Mutationssuche in mehr als 25 Kilobasen kodierender Sequenz nach GOP 11514 |
| <input type="checkbox"/> Mutationssuche in mehr als 20 Kilobasen kodierender Sequenz nach GOP 19425 |

3. Die genetische Untersuchung erfolgt durch folgende(n) Vertragsärztin/Vertragsarzt

Titel **Dr. med.**

Titel **Dr. med.**

Name **Hanns-Georg Klein**

Name **Imma Rost**

Arzt-Nummer (LANR) **820277148**

Arzt-Nummer (LANR) **938785522**

| |
|--|
| <p>Zentrum für Humangenetik und Laboratoriumsdiagnostik (MVZ) Dr. Klein, Dr. Rost und Kollegen</p> <hr/> <p>Dr. med. Hanns-Georg Klein FA für Laboratoriumsmedizin (Med. Genetik) Dr. med. Imma Rost FÄ für Humangenetik Lochhamer Str. 29 • 82152 Martinsried Tel. 089 / 89 55 78 – 0 • Fax 089 / 89 55 78 • 780 637251100</p> |
|--|

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreters