

An

Westerstede, den

Betreff: Antrag auf Kostenübernahme der schmerztherapeutischen Behandlung für:

Name

Vorname

Geboren am

Unfalltag

Ihr Zeichen

Sehr geehrte Mitarbeiter/innen,

o.g. Patient/in wurde zur schmerztherapeutischen Behandlung zu Lasten Ihrer Berufsgenossenschaft in meine, an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie teilnehmende Schwerpunktereinrichtung, überwiesen.

Laut Empfehlung des niedersächsischen Berufsverbandes der Schmerztherapeuten wird auf Grund fehlender D- oder H-Arzt Zulassung vor Behandlungsbeginn um eine schriftliche Kostenübernahmeerklärung gebeten.

Seit dem 01.07.2024 ist in der UV-GOÄ im Kapitel P die Schmerzmedizin mit den Ziffern 6000 bis 6004 vertreten.

Damit eine Behandlung ihres Versicherten bei mir erfolgen kann, bitte ich um die Genehmigung des Kapitel P sowie auch der anderen Kapitel der UV-GOÄ, im Rahmen Akupunktur und auch Verbandanlage im Rahmen von Capsaicinbehandlungen, oder auch manueller Therapie.

Bei einer Capsaicinbehandlung (Qutenza) die in der Regel einen Zeitaufwand von mind. 50 Minuten beinhaltet, erlaube ich mir den Zeitfaktor auch über 4 bei der Ziffer 6001 in Rechnung zu stellen.

Ich benötige diesbezüglich ausdrücklich Ihre Genehmigung, andernfalls wird keine Behandlung mit Capsaicin fortgeführt bzw. angefangen.

Sobald ich die Kostenzusage habe, und ich die Vorbefunde der versicherten Person von Ihnen habe und die Person den Schmerzfragebogen von unserer Homepage uns zugeschickt hat, erfolgt unsererseits eine Kontaktaufnahme mit der versicherten Person

Mit freundlichen Grüßen

B. Fischer

Dieses Schreiben wurde maschinell erstellt und ist ohne Unterschrift gültig