



Humangenetik

E-Mail: genetik@labmed.de
Tel: 0231 / 9572 -7210

Empfänger (Krankenkasse):

Absender (Patientin/Patient):

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versichertennummer: _____

Antrag auf Übernahme der Kosten für die ESR1-Mutationsdiagnostik zur Therapieplanung mit Elacestrant

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich befinde mich derzeit in ärztlicher Behandlung nach der Diagnose eines

- Estrogenrezeptor-positiven, HER2-negativen, lokal fortgeschrittenen oder metastasiertem Brustkrebs nach mindestens einer endokrinen Therapielinie (einschließlich eines CDK4/6 Inhibitors)

Es ist eine Therapie mit dem zur Zeit einzig zugelassenen oralen SERD („selective estrogen receptor degrader“) ORSERDU® (Elacestrant) vorgesehen. Zwingende Voraussetzung dafür ist der Nachweis einer ESR1-Mutation in zellfreier DNA (sogenannte liquid biopsy). Hiermit beantrage ich die Übernahme der hierdurch entstehenden Kosten für die Erbringung der Labor-Analytik. Die Abrechnung des Humangenetiklers/der Humangenetikerin, der/die die ESR1-Mutationsdiagnostik für mich durchführt, erfolgt in Anlehnung an die EBM-GOPs

GOP	Anzahl	Betrag in €
19401	1	16,66
19402	1	47,80
19403	1	44,01
19404	1	27,12
19453	3	233,73

Gesamt: 369,32 €

Den Bericht meiner/meines behandelnde/n Ärztin/Arztes über die Erforderlichkeit der Behandlung und Diagnostik füge ich als Anlage bei. Hiermit bitte ich Sie um eine zeitnahe Antwort und eine verbindliche Zusage der Kostenübernahme.

Mit freundlichen Grüßen

Ort / Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten