**An die** (Anschrift Ihrer zuständigen Krankenkasse)

 **Datum/Ort:**

**Betreff:**

Kostenvoranschlag zur Vorlage bei der Krankenkasse für die Foraminoplastie

**Patient:**

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei o.A. Patienten ist eine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Höhe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ diagnostiziert worden.

Der VAS–Score lag bei Beginn der konservativen und physiotherapeutischen Therapie bei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Auch nach 6-8 Wochen konservativer Therapie sowie Physiotherapie kam es zu keiner wesentlichen Besserung der Beschwerden und der VAS-Score liegt weiterhin bei \_\_\_\_\_\_\_.

Aufgrund der bisherigen Anamnese ist durch eine Weiterführung der konservativen Therapieoptionen keine weitere Verbesserung des VAS Scores zu erwarten. Aus diesem Grunde empfehlen wir eine perkutane Foraminoplastie (OPS 5-832.7) mit der wir mit hoher Wahrscheinlichkeit der Patientin/dem Patienten eine umfassende offene Wirbelsäulen OP ersparen können.

Für die zusätzlichen zur Leistung abrechenbarer Sachkosten bitten wir im Sinne Artikel 7.3 der allgemeinen Bestimmungen um Kostenübernahme.

Die Abrechnung der üblichen OP-Abdeckmaterialien und OP-Leistung wird über die Gebührenposition des EBM abgerechnet.

**Nachfolgend finden Sie die voraussichtlich zusätzlich abzurechnenden Sachkosten aufgelistet:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Produktkennung** | **Preis/Stück** | **Stk** | **Gesamtkosten** |
| SWCLD-EP-L-M5 ClaudiCare 320mm(Firma HBE HealthCare) | € 1487,50 |  |  |

**EBM-Ziffer:** 31137

**OPS:** 5-832.7

Wir bitten um entsprechende Freigabe der oben angeführten Sachkosten und bedanken uns für Ihre Unterstützung

Mit freundlichen Grüßen