

Kostenzusage stationäre Schlafmedizinische Behandlung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist eine schlafmedizinische Untersuchung (Polysomnographie) und bei Bedarf die Einstellung auf eine Heimtherapie einer schlafbezogenen Atemstörung (bzw. deren Kontrolle) geplant. Durch Ihren Arzt wurden bereits entsprechende Voruntersuchungen durchgeführt. (sogenannte Stufendiagnostik).

Manche Krankenkassen, darunter auch Ihre, sind der Ansicht, die Untersuchung im Krankenhaus sei ambulant durchzuführen und ambulant abzurechnen. Wir führen diese Untersuchung und Therapie derzeit nur als stationäre Maßnahme durch und rechnen entsprechend mit den dafür deutschlandweit vereinbarten und gültigen Fallpauschalen mit Ihrer Versicherung ab.

Um Probleme bei der Abrechnung zu vermeiden, müssen wir Sie leider bitten, vorab bei Ihrer Krankenkasse eine schriftliche Kostenzusage für die stationäre Behandlung einzuholen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Sie ohne eine entsprechende Bestätigung Ihrer Krankenkasse nicht behandelt werden können.

Bitte lassen Sie den unten anhängenden Abschnitt von Ihrer Krankenkasse ausfüllen und bringen Sie ihn bei der stationären Aufnahme mit.

Mit freundlichen Grüßen

Bestätigung der zuständigen Krankenkasse

Name
Vorname
Geburtsdatum:

Hiermit übernehmen wir die Kosten für die stationäre Durchführung der oben angeführten Behandlung zur aktuell gültigen Fallpauschale für zwei Nächte.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift

.....
Stempel