

# KASSENLEISTUNG- GUIDELINE

PraenaTest®

# PROZESSABLAUF

GKV-Patientin oder Selbstzahler bzw. Privatversichert?

Bitte beachten Sie folgende Punkte bei der Wahl des richtigen PraenaTest® Formulars.

Möchten Sie über die GKV abrechnen?

Ja

Nein

Möchte Ihre Patientin IGeL-Leistung in Anspruch nehmen?

Nein

Ja

**Bitte gehen Sie wie folgt vor:**

1. Wählen Sie das PraenaTest® **S-Formular**
2. Füllen Sie auf dem **M10 Laborüberweisungsschein:**
  - Kostenträger
  - Patientendaten
  - Betriebsstättennr. + Ärztenr.
  - Blutabnahmedatum
  - Diagnose
  - Auftrag (EBM-Ziffer 01870)
  - „Präventiv“ als Art der Behandlung an
  - Aktuelles Quartal
  - Geschlecht der Patientin
  - Schwangerschafts-woche
  - Arztstempel + Unterschrift

**Bitte gehen Sie wie folgt vor:**


1. Wählen Sie das PraenaTest® **L-Formular**
2. Füllen Sie auf dem **M10 Laborüberweisungsschein:**
  - Kostenträger
  - Patientendaten
  - Betriebsstättennr. + Ärztenr.
  - Blutabnahmedatum
  - Diagnose
  - Auftrag (EBM-Ziffer 01870)
  - „Präventiv“ als Art der Behandlung an
  - Aktuelles Quartal
  - Geschlecht der Patientin
  - Schwangerschafts-woche
  - Arztstempel + Unterschrift

**Bitte gehen Sie wie folgt vor:**

Füllen Sie nur das PraenaTest® **L-Formular** aus. Ein **M10 Laborüberweisungsschein** ist **nicht** notwendig.

*Benötigen Sie Hilfe beim Ausfüllen des Laborüberweisungsschein M10*

*Nutzen Sie unsere Ausfüllhilfe auf der nächsten Seite.*



# AUSFÜLLHILFE

## Laborüberweisungsschein Muster-10

Damit **PraenaTest®** über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet werden kann, nutzen Sie bitte das entsprechende Formular und füllen Sie den M10-Schein wie folgt aus.

**Krankenkasse/Kostenträger**

**Patientendaten**

**Betriebsstättennr. + Lebenslange Arztnr.**

**Abnahmedatum: Tag/Monat/Jahr  
Uhrzeit: hh/mm**

**Hinweis:**

Laut Mutterschaftsrichtlinie ist der Test abrechenbar wenn:

- Hinweise auf Trisomie 21, 18 und 13 aus vorangegangenen Untersuchungen
- Arzt & Patientin kommen gemeinsam zu der Überzeugung, dass ein NIPT in der persönlichen Situation der Patientin notwendig ist. z.B.: mütterliche Sorge

Bitte tragen Sie „01870“ ein

(Pränatale Untersuchung fetaler DNA aus mütterlichem Blut auf das Vorliegen einer Trisomie 21, 18 und 13

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

**Eintrag nur bei Weiterüberweisung!**  
Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers    Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Abnahmedatum    Abnahmezeit

SSW

**Befund eilt**, Übermittlung an  Telefon  Fax Nr. \_\_\_\_\_

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

### Überweisungsschein für Laboratoriums- untersuchungen als Auftragsleistung

Kurativ     Präventiv     bei belegärztl. Behandlung     Unfall     Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig  
Barcode-Etikett einkleben!


Knappschafts-kennziffer

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

Behandlung gemäß § 116b SGB V    eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

10



Quartal

Geschlecht

Kreuzen Sie die Art der Behandlung „Präventiv“ an.

Tragen Sie das Quartal ein

Geschlecht der Patientin:  
W  
D = Divers

Schwangerschaftswoche

NIPT ist ab der 10. Schwangerschaftswoche (SSW 9+0 p.m.) möglich

Arztstempel & Unterschrift

MUSTER