



Antrag auf Kostenübernahme

Angaben zur Patientin / zum Patienten

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Versicherung	
Versicherungsnr.:	
Anspruchsalter für die Vorsorgekoloskopie erreicht?	☐ Ja ☐ Nein

Medizinische Gründe (zutreffendes ankreuzen)

Bei der genannten Patientin / dem genannten Patienten liegt mindestens einer der folgenden ärztlich festgestellten Gründe vor, die gegen eine Vorsorgekoloskopie sprechen.:

	Grund / Befund (ärztlich zu beurteilen)
☐	Akute oder schwere Herzerkrankung (z. B. schwere Herzinsuffizienz NYHA III/IV)
☐	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente (z. B. Marcumar, DOAKs) mit erhöhtem Blutungsrisiko bei Polypektomie oder schwere Gerinnungsstörung
☐	Akute oder chronisch-entzündliche Darmerkrankung (z. B. akuter Schub Colitis ulcerosa / Morbus Crohn, akute Divertikulitis)
☐	Bei der Patientin / dem Patienten liegt eine familiäre Vorbelastung für kolorektale Erkrankungen vor (Angabe im Freitext).
☐	Schwangerschaft
☐	Zustand nach Peritonitis oder Darmperforation
☐	Erhöhtes Sedierungs-/Anästhesierisiko (z. B. schwere COPD)
☐	Akute gastrointestinale Infektion
☐	Wiederholt unzureichende Darmvorbereitung bzw. Unverträglichkeit gegenüber Abführmaßnahmen
☐	Sonstiger ärztlich dokumentierter Grund (siehe Freitext unten)

Freitext (weitere ärztliche Begründung):

Wir bitten um Prüfung einer Kostenübernahme bzw. -erstattung für die durchgeführte molekulare Stuhluntersuchung mittels Colosafe im akkreditierten Labor der DHS – Diagnostic HealthCare Solutions GmbH in Berlin.

Datum	Unterschrift Arzt/Ärztin	Praxisstempel