

Anforderung von Corona-PCR in Ihrem star.net®



Dieses Hilfsdokument wird von uns bei Änderungen schnellstmöglich aktualisiert, beachten Sie aber in jedem Fall die für Sie geltenden regionalen Vorgaben Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung zur korrekten Laboranforderung.


Starten Sie Ihren Laborauftrag wie gewohnt aus Ihrem ArztInformationssystem.

Als Untersuchung wählen Sie nun „Coronavirus PCR“ aus.















Die für die individuelle Anforderung nötigen Formulare

Muster 10C bzw. 10OEGD wählen Sie bitte unter dem Reiter

„Abrechnung“ aus.

Testname	Abrechnungsart
Coronavirus SARS-CoV-2 PCR 	<input type="text" value="GKV 10C"/> GKV 10C GKV 10OEGD IGel Infektion

Unter dem Reiter „Zusatzangaben“ finden Sie die individuellen Auswahlmöglichkeiten für die Corona-Anforderung

 Favoriten	
 Tests	
 Proben	
 Zusatzangaben	
 Abrechnung	
 Patient	
 Zusammenfassung	



Fallbeispiel 1

„Kassenpatient mit Symptomen“

Abrechnungsart Muster 10 C

Diagnostische Abklärung (GOP 32816)

Patienteneinwilligung zur Übermittlung an die Corona-Warn-App

Infektionskrankheiten	
Erst- oder Folgetestung Art der Testung <input checked="" type="checkbox"/> Ersttestung <input type="checkbox"/> Weitere Testung	Identifikationsnummer Patient C3EF29-42CDABB4-FEC8-48C4-99C7-F55D89835EAF
GKV10C Grund der Testung <input type="checkbox"/> Testung nach Meldung „erhöhtes Risiko“ durch Corona-Warn-App (GOP 32811) <input checked="" type="checkbox"/> Diagnostische Abklärung (GOP 32816)	
Besondere Risikomerkmale einer Weiterverbreitung (sofern zutreffend)	
Grund des Aufenthalts <input type="checkbox"/> Betreut / untergebracht in: <input type="checkbox"/> Tätigkeit in Einrichtung:	Einrichtungs- / Unternehmensart <input type="checkbox"/> Medizinische Einrichtungen ambulant / stationär <input type="checkbox"/> Gemeinschaftseinrichtungen <input type="checkbox"/> Pflege- und andere Wohneinrichtungen <input type="checkbox"/> Sonstige Einrichtungen
Patienteneinwilligung Das Einverständnis des Getesteten zum Übermitteln des Testergebnisses für Zwecke der Corona-Warn-App auf den vom RKI betriebenen Server wurde erteilt. Dem Getesteten wurden Hinweise zum Datenschutz ausgehändigt. <input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	

Fallbeispiel 2

„Regionale Sondervereinbarung“

Muster 100EGD

KV Sondervereinbarung

Patienteneinwilligung zur Übermittlung an die Corona-Warn-App

Bitte beachten Sie hierzu die von Ihrer KV vorgegebene Sonderkennzeichnung für die regional unterschiedliche Anforderung.

Infektionskrankheiten

Erst- oder Folgetestung

Art der Testung


Ersttestung

Weitere Testung

Identifikationsnummer Patient

235C1D-F577372B-110E-426D-8846-1CCDCCCD9E5D

GKV100EGD

Grund der Testung 

§2 TestV Kontaktperson


§2 TestV Meldung „erhöhtes Risiko“ durch Corona-Warn-App

§3 TestV Ausbruchsgeschehen

§4 Abs. 1 Nr. 1 und 2 TestV Verhütung der Verbreitung

§4 Nr. 4 b) RVO Risikogebiet (Inland)

§4 Abs. 3 TestV Risikogebiet Ausland

Postleitzahl ÖGD: 

Identifikation / Aktenzeichen ÖGD:

KV-Sonderziffer:

Kostenträgerkennung:

Besondere Risikomerkmale einer Weiterverbreitung (sofern zutreffend)

Grund des Aufenthalts

Betreut / untergebracht in:

Tätigkeit in Einrichtung:

Einrichtung / Unternehmensart

Medizinische Einrichtungen ambulant / stationär

Gemeinschaftseinrichtungen

Pflege- und andere Wohneinrichtungen

Sonstige Einrichtungen

Patienteneinwilligung

Das Einverständnis des Getesteten zum Übermitteln des Testergebnisses für Zwecke der Corona-Warn-App auf den vom RKI betriebenen Server wurde erteilt. Dem Getesteten wurden Hinweise zum Datenschutz ausgehändigt.

Ja Nein

PLZ bitte unbedingt angeben

Kostenträgerkennung angeben

Tragen Sie hier die für Sie gültige Sonderkennzeichnung ein

Das Gesundheitsamt / Öffentlicher Gesundheitsdienst (OEGD) oder eine von ihm beauftragte Stelle führt die Abstrichentnahme entweder selbst durch oder beauftragt vertraglich Dritte mit dieser Leistung, wie zum Beispiel Vertragsärzte.

Hier ist das Muster 10OEGD zu verwenden

Beispiele

- Reiserückkehrer
- Meldung erhöhtes Risiko Warn-App wenn die Person ein Gesundheitsamt aufsucht
- Verhütung der Ausbreitung in z.B. Schulen, Reha- oder Pflegeheimen

Patienteneinwilligung zur Übermittlung an die Corona-Warn-App

Infektionskrankheiten

Erst- oder Folgetestung

Art der Testung

 Ersttestung
 Weitere Testung

Identifikationsnummer Patient

235C1D-F577372B-110E-426D-8846-1CCDCCCD9E5D

GKV10OEGD

Grund der Testung

 §2 TestV Kontaktperson
 §2 TestV Meldung „erhöhtes Risiko“ durch Corona-Warn-App
 §3 TestV Ausbruchsgeschehen
 §4 Abs. 1 Nr. 1 und 2 TestV Verhütung der Verbreitung
 §4 Nr. 4 b) RVO Risikogebiet (Inland)
 §4 Abs. 3 TestV Risikogebiet Ausland

Besondere Risikomerkmale einer Weiterverbreitung (sofern zutreffend)

Grund des Aufenthalts

 Betreut / untergebracht in:
 Tätigkeit in Einrichtung:

Einrichtungs- / Unternehmensart

 Medizinische Einrichtungen ambulant / stationär
 Gemeinschaftseinrichtungen
 Pflege- und andere Wohneinrichtungen
 Sonstige Einrichtungen

Patienteneinwilligung

Das Einverständnis des Getesteten zum Übermitteln des Testergebnisses für Zwecke der Corona-Warn-App auf den vom RKI betriebenen Server wurde erteilt. Dem Getesteten wurden Hinweise zum Datenschutz ausgehändigt.

 Ja Nein

Individuelle Angabe für den Grund der Testung. Der Patient muss über die Beauftragung durch einen öffentlichen Gesundheitsdienst zu Ihnen kommen

