

**Abrechnungsbeispiel für Praxen psychologischer Psychotherapeuten:
PoC-Antigen-Test-Sachkosten nach der Testverordnung (TestV) des Bundes für
asymptomatisches eigenes Praxispersonal:**

- Die Abrechnung von Sachkosten für PoC-Antigen-Test bei eigenem Praxispersonal zur Verhütung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 nach §4 TestV erfolgt auf einem eigenen Abrechnungsschein
- Die **Kostenträgernummer 71800** Bayer. Landesinstitut für Gesundheit ist zu verwenden.
Der Datensatz ist immer als „ambulante Behandlung“ anzulegen. Anzugeben ist:
Nachname „Verordnung“,
Vorname „Corona“
Geburtsdatum 15.10.2020
Anschrift Eisenheimerstr. 39, 80687 München
- Für die **Diagnosen-Kodierung** ist die **Z11** einzutragen
- Jeder Tag ist separat anzulegen und mit Multiplikator Feldkennung 5005 ist die Anzahl der am Tag angefallenen **Sachkosten für PoC-Tests zu erfassen:**
- **GOP 88312** Sachkosten für PoC-Antigen-Schnelltest in Höhe der Beschaffungskosten, maximal 6 Euro je Test
- Anzugeben ist:
Feldkennung 5001 (Gebührennummer): Eintrag der GOP 88312 in dieses Feld
Feldkennung 5011 (Sachkosten-Bezeichnung): Eintrag POC
Feldkennung 5012 (Sachkosten/Materialkosten als Cent-Betrag): Eintrag des tatsächlichen Preises (**max. 600 €-Cent**)

Abrechnungsbeispiel										Abrechnungsschein										05	
Krankenkasse bzw. Kostenträger 71800 Bayer. Landesinstitut für Gesundheit										<input checked="" type="checkbox"/> ambulante Behandlung <input type="checkbox"/> bei belegärztlicher Behandlung <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen Quartal <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/>											
Name, Vorname des Versicherten Verordnung, Corona geb. am 15.10.2020 Eisenheimerstr. 39 80687 München										<input type="checkbox"/> Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie <input type="checkbox"/> anerkannte Psychotherapie Geschlecht <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F											
Kostenträgerkennung Versicherungs-Nr. Status 100071800										Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen Z11										Stand: 01.04.2021	
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum										Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides										TTMMJJ	
Tag	Mon.	88312		[PoC]	Tag	Mon.			Mutmaßlicher Tag der Entbindung												
		[600]	x 4						Stationäre belegärztliche Behandlung												
12	04	88312		[PoC]					Tag Monat Tag Monat												
		[600]	x 4						von bis												
19	04	88312		[PoC]					Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.												
		[600]	x 4						Datum Unterschrift												
26	04	88312		[PoC]					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Verbindliches Muster </div>												
		[600]	x 4																		
Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schlägerunfällen										Stempel des Vertragsarztes/Therapeuten										Muster 5 (10.2014)	