

## Fallbeispiel: Corona Test Reiserückkehrer / Auslandsaufenthalt


Der Bürger sucht nach Aufenthalt im Ausland die Arztpraxis innerhalb von 72 Stunden nach Einreise auf.

Abrechnung in der Arztpraxis:

- Arzt nimmt den Abstrich vor und legt bei GKV-Versicherten einen Abrechnungsschein an
- bei nicht GKV-Versicherten wird ein Abrechnungsschein unter Verwendung des Kostenträgers 71800 angelegt
- der Abrechnungsschein ist als „Ambulante Behandlung“ zu kennzeichnen
- Vertragsärzte erhalten nach RVO für alle mit dem Abstrich verbundenen Leistungen pauschal 15,00€. Dazu gehören neben dem Abstrich, die Beratung und ggf. das Ausstellen eines ärztlichen Zeugnisses über das Testergebnis der SARS-CoV-2-Testung
- Eintragung der GOP 98060 in den Abrechnungsschein

Abrechnung Labor:

- Labor erhält den Abstrich und das Muster OEGD (Kennzeichnung des Feldes Auslandsaufenthalt) oder übergangsweise das Muster 10C oder Muster 10 und rechnet mittels CSV-Datei ab.



Name, Vorname des Versicherten geb. am

---

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum


Identifikation ÖGD  
PLZ

**Auftrag für SARS-CoV-2 Testung nach RVO oder regionaler Sondervereinbarung**

>>>>>>> *Formular nicht kopieren!* <<<<<<<<

**Auftragsnummer des Labors**


Hier bitte sorgfältig  
Barcode-Etikett einkleben!



Abnahmedatum Abnahmezeit

TTMMJJ hhmm

**OEGD**



§ 2 RVO Kontaktperson

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

§ 3 RVO Ausbruchsgeschehen

§ 4 Nr. 1-3 RVO Verhütung der Verbreitung

§ 4 Nr. 4 a) RVO Auslandsaufenthalt d/m/w

regionale Sondervereinbarung KV-Sonderziffer

Ersttestung  weitere Testung

**Besondere Risikomerkmale einer Weiterverbreitung (sofern zutreffend, bitte ankreuzen)**

<input type="checkbox"/> Betreut/untergebracht in:	<input type="checkbox"/> Medizinischen Einrichtungen (ambulante/stationäre z.B. Rettungsdienste, Rehasinrichtungen)	<input type="checkbox"/> Pflege- und anderen Wohneinrichtungen (z.B. Justizvollzugsanstalten, andere Massenunterkünfte)
<input type="checkbox"/> Tätigkeit in Einrichtung:	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftseinrichtungen (z.B. Kitas, Schulen)	<input type="checkbox"/> Sonstigen Einrichtungen (z.B. nicht medizinische Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, ambulante Dienste der Eingliederungshilfe)

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.

**Daten für das Gesundheitsamt - Übermittlung gemäß Infektionsschutzgesetz**

Telefonnummer des Getesteten

**Freigabe 05.08.2020**

**Verbindliches Muster**

Stempel des Veranlassers nach RVO oder Sondervereinbarung

3D6D08-3567F3F2-4DCF-43A3-8737-4CD1F87D6FDA

OEGD (6.2.020)

Übergangsweise kann das Muster 10C verwendet werden:

- Text „Rückkehr“ eintragen

**Auftrag für SARS-CoV-2 Testung**  
>>>>> *Muster nicht kopieren!* <<<<<<

Name, Vorname des Versicherten \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Betriebsstätten-Nr. \_\_\_\_\_ Arzt-Nr. \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

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

**Auftragsnummer des Labors**  
Hier bitte sorgfältig  
Barcode-Etikett einkleben!

**10CBF**

Quartal \_\_\_\_\_  
Geschlecht \_\_\_\_\_

Ersttestung  weitere Testung

**Testung nach Meldung „erhöhtes Risiko“ durch Corona-Warn-App** (GOP 32811)  **Diagnostische Abklärung** (GOP 32816)

**Rückkehrer**  
Besondere Risikomerkmale einer Weiterverbreitung (sofern zutreffend, bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Betreut/untergebracht in:	<input type="checkbox"/> Medizinischen Einrichtungen (ambulante/stationäre (z.B. Rettungsdienste, Rehaeinrichtungen))	<input type="checkbox"/> Pflege- und anderen Wohnrichtungen (z.B. Justizvollzugsanstalten, andere Massenunterkünfte)
<input type="checkbox"/> Tätigkeit in Einrichtung:	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftseinrichtungen (z.B. Kitas, Schulen)	<input type="checkbox"/> Sonstigen Einrichtungen (z.B. nicht medizinische Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, ambulante Dienste der Eingliederungshilfe)

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

**Daten für das Gesundheitsamt/RKI - Übermittlung gemäß Infektionsschutzgesetz**  
Telefonnummer des Versicherten \_\_\_\_\_

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. Muster 10Ca/E (6.2020) PPF NR.

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt \_\_\_\_\_

Oder Muster 10:

- Text „Rückkehr“ eintragen

**Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung**

Name, Vorname des Versicherten \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Betriebsstätten-Nr. \_\_\_\_\_ Arzt-Nr. \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

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

Kurativ  Präventiv  bei belegärztl. Behandlung  Unfall, Unfallfolgen

Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an \_\_\_\_\_ Telefon Nr. \_\_\_\_\_ Fax Nr. \_\_\_\_\_

Diagnose/Verdachtsdiagnose \_\_\_\_\_

Befund/Medikation \_\_\_\_\_

Auftrag  
Rückkehrer \_\_\_\_\_

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

**Auftragsnummer des Labors**  
Hier bitte sorgfältig  
Barcode-Etikett einkleben!

**10**

ggf. Kennziffer \_\_\_\_\_ Quartal \_\_\_\_\_  
3 20  
Geschlecht \_\_\_\_\_ M

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

Empfängerregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt \_\_\_\_\_

**Verbindliches Muster**

Muster 10 (10.2019)