



ASC ONCOLOGY

AN DIE PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG

ASC Oncology GmbH

KV-Team  
Robert-Rössle-Str. 10 (Haus 79)  
13125 Berlin  
0800 6988667  
kv.service@asc-oncology.com

ORT, DATUM

**Betreff: Antrag auf Kostenübernahme für das Reverse Clinical Engineering®  
im Sinne einer Einzelfallentscheidung von:**

VORNAME, NAME

GEBURTSDATUM

VERS.-NR.

ADRESSE

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich beantrage die Kostenübernahme für die Chemosensitivitätstestung mittels Reverse Clinical Engineering® im Rahmen einer Einzelfallentscheidung. Der Umfang des Testverfahrens beläuft sich auf die folgenden Testungen vor Therapiebeginn auf klinisches (Nicht-)Ansprechen am Patienten-abgeleiteten 3D-Tumormodell:

„Rudolf Virchow“ (Testung von bis zu 4 Medikamenten)

„Henrietta Lacks“ (Testung von bis zu 8 Medikamenten)

„Mina Bissell“ (Testung von bis zu 12 Medikamenten)

\_\_\_\_\_ zusätzliches Medikament / zusätzliche Medikamente

\_\_\_\_\_ zusätzliche Kombination(en) von Medikamenten

Der Gesamtpreis für die Sensitivitätstestung der unterschiedlichen Krebsmedikamente oder deren Kombinationen beträgt \_\_\_\_\_ Euro.

Die Begründung, Angaben zur Diagnose und zum Krankheitsverlauf, sowie eine fundierte Beschreibung der geplanten diagnostischen Methode, finden Sie im beiliegenden Brief meiner behandelnden Ärztin bzw. meines behandelnden Arztes oder er wird Ihnen in Kürze zugeschickt.

NAME, VORNAME GESETZLICHE VERTRETUNG (FALLS ZUTREFFEND)

UNTERSCHRIFT PATIENT/PATIENTIN BZW. GESETZLICHE VERTRETUNG

**Wir bitten Sie, die folgenden Informationen zu erfassen und an das Krankenversicherungs-Team von ASC Oncology zurückzusenden:**

**ANTRAGSTELLER**

---

**VORNAME, NAME** **GEBURTSDATUM**

---

**ADRESSE**

---

**GESCHÄFTSSTELLE**

Anschrift der Geschäftsstelle, bei der Sie den Antrag auf Einzelfallerstattung eingereicht haben:

Name und Funktion des zuständigen Sachbearbeiters in der Geschäftsstelle:

---

---

Telefonnummer der Geschäftsstelle / des Sachbearbeiters:

---

E-Mailadresse der Geschäftsstelle / des Sachbearbeiters:

---

**Diese Informationen bitte an das Krankenversicherungs-Team von ASC Oncology (NICHT an die Krankenversicherung) zurücksenden.**

**Per E-Mail** kv.service@asc-oncology.com

**Per Post** ASC Oncology GmbH  
KV-Team  
Robert-Rössle-Str. 10 (Haus 79)  
13125 Berlin

**NUR VON ASC ONCOLOGY AUSZUFÜLLEN**

OB-NUMMER

DATUM