



Patientenaufklärung und Kostenübernahmeerklärung für GKV-Patienten

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

durch ihre behandelnde Ärztin / ihren behandelnden Arzt wurden sie über die Notwendigkeit der ESR1-Mutationsdiagnostik zur Therapieplanung mit Elacestrant bei Östrogenrezeptor-positiven, HER2-negativen, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs nach mindestens einer endokrinen Therapielinie (einschließlich eines CDK4/6 Inhibitors) aufgeklärt.

Erklärung Patientin / Patient:

Bitte führen Sie die genannte Untersuchung durch (Auswahl ankreuzen):

sobald mir, der Patientin / dem Patienten, die Kostenübernahmeerklärung meiner Krankenkasse vorliegt und ich die Teilgemeinschaftspraxis Molekularpathologie Südbayern (E-Mail: info@mpatho.de, Fax: 089 262081788) darüber informiert habe, dass mit der Analyse begonnen werden kann.

die Kostenübernahmeerklärung meiner Krankenkasse ist schon vorhanden und liegt bei.

ODER

sofort nach Eingang des Probenmaterials bei der Teilgemeinschaftspraxis Molekularpathologie Südbayern. Die Kosten in Höhe von 1.022,94 € zzgl. Versand- und Transportkosten werden von mir, der Patientin / dem Patienten, als Selbstzahlerleistung getragen.

Der Kostenvoranschlag für diese Untersuchung beläuft sich auf

| GOÄ | Anzahl | Leistung | Faktor | Endbetrag |
|-------------|--------|---------------|--------|------------|
| 4872 analog | 9 | ESR1 aus Blut | 1,0 | 1.022,94 € |

zzgl. Versand- und Transportkosten gem. §10 GOÄ.

Hiermit bestätige ich, dass ich die Patientenaufklärung verstanden habe. Die oben von meiner verantwortlichen Ärztin / meinem verantwortlichen Arzt genannte Untersuchung möchte ich als Privatpatient in Anspruch nehmen. Dieser Wunsch ist nicht durch meine Ärztin / meinen Arzt beeinflusst worden. Die von mir gewünschte Leistung ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Mir ist bekannt, dass die oben genannten Kosten separat berechnet werden und die Kosten des Tests von mir privat zu bezahlen sind. Es handelt sich um eine Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung gem. §18 Abs. 9 BMV-Ä.

.....
Name, Vorname (in Druckschrift)

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Nr.

.....
PLZ

.....
Ort

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift Patientin / Patient
(ggf. gesetzlicher Vertreter)

Kontakt für Rückfragen:

Telefon:

Email (optional):