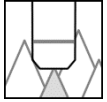


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

**GEMEINSCHAFTSPRAXIS
FÜR PATHOLOGIE
83276 Traunstein**



Dr. med. Tobias Henopp
Dr. med. Ines Lichtmannegger
Dr. med Harald Bartsch



Patientenaufklärung und Kostenübernahme
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 das pathologische Institut (E-Mail: info@pathologie-traunstein.de, Tel: 0861 5250, Fax: 0861 2051) darüber informiert habe, dass mit der Analyse begonnen werden kann.

ODER

sofort nach Eingang des Probenmaterials im Institut für Pathologie. Die Kosten in Höhe von 681,96 € 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	6	ESR1 aus Blut	1,0	681,96 €

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.

.....
Ort / Datum

.....
Name in Druckschrift

.....
Unterschrift Patientin / Patient / ggf. gesetzl. Vertreter