



BEVOLLMÄCHTIGUNG UND ABTRETUNGSVEREINBARUNG

Hiermit trete ich

Name, Vorname:

Straße Nr.:

PLZ Ort:

Krankenkasse:

Krankenversicherungsnummer:

meine Ansprüche auf Erstattung der Kosten für die Durchführung des molekulargenetischen BRCA-Mutationstests am Tumorgewebe inkl. Versand- und Transportkosten vollumfänglich ab, an

Universitätsklinikum Essen
Institut für Pathologie
Univ. Prof. Dr. K.W. Schmid
Hufelandstr. 55
45147 Essen

Ich bin damit einverstanden, dass der o. g. Pathologe oder die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle, diese Kosten direkt bei der Krankenversicherung unter Vorlage einer Kopie dieser Abtretungserklärung und unter Bereitstellung der Unterlagen, die von der Kasse zur Prüfung der Kostenerstattung angefordert werden, geltend macht. **Mit dieser Abtretungserklärung entstehen der Versicherten keine Kosten für die Durchführung des molekulargenetischen BRCA-Tests.** Das Verfahren der Kostenerstattung ist gem. §13 Abs. 3 SGB V vorgesehen, wenn für eine notwendige medizinische Leistungen eine entsprechende Abrechnung im Einzelfall benötigt wird.

Im Falle einer Ablehnung einer Kostenübernahme durch die o.g. Krankenversicherung, berechtere ich schon jetzt den Pathologen, Rechtsmittel gegen diese Entscheidung einzulegen. Insoweit entbinde ich ihn ausdrücklich von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Einwilligung nach Datenschutzgesetz

Ich bin gleichfalls damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und meine Behandlungsdaten zum Zweck der Abrechnung, Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung von dem Pathologen - ggf. elektronisch - erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass ich die erteilten Schweigepflichtentbindungserklärungen sowie die Einwilligung in die Verwendung personenbezogener Daten nicht abgeben muss bzw. jederzeit – auch teilweise – ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Hierdurch entstehen mir keine Nachteile, insbesondere nicht im Hinblick auf meine medizinische Behandlung.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der Versicherten