

# KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG

**Bitte legen Sie dieses Formular ausgefüllt und unterfertigt dem Untersuchungsmaterial bei, oder senden Sie es per Post.**

## Angaben zur Patient\*in (bitte Etikett, alternativ Druckschrift)

Nachname: .....

Vorname: .....

Biologisches Geschlecht:  W  M

SVNR/Geburtsdatum: SVNR / tt mm jjjj .....

Studie: ..... Studiennr.: .....

EUPID: .....

## Kostenträger

Privatperson  Verein, Organisation oder sonstiges

Name / Bezeichnung: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Hiermit erkläre ich, dass die Kosten von \_\_\_\_\_ € (zzgl. 10% USt) für die von der behandelten Ärzt\*in angeordnete(n) Untersuchung(en) \_\_\_\_\_ von mir übernommen werden.

Ort/Datum

Unterschrift Patient\*in bzw. gesetzliche Vertreter\*in bzw. zeichnungsberechtigte Person

Sollten zusätzliche Untersuchungen erforderlich sein, welche die oben angeführten Kosten um mehr als 10% übersteigen, werden wir Sie und Ihre Ärzt\*in kontaktieren, um die weitere Vorgehensweise abzuklären.

Leider haben wir zurzeit keine Verträge mit den Krankenkassen. Wir schlagen Ihnen aber trotzdem vor, für die angeordnete Untersuchung bei Ihrer Krankenkasse unbedingt eine chefärztliche Bewilligung einzuholen und die Rückerstattung der Kosten zu beantragen, da diese prinzipiell zu dem von den Krankenkassen zu tragenden Leistungsspektrum zählt und es dafür auch entsprechende Tarifpositionen gibt.