Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem nderungsdienst



AML BFM Studiengruppe

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-18383-05-00

## Übernahme der Kosten für das Monitoring des molekularen MRD-Levels im Rahmen der somatischen Tumordiagnostik

Hiermit beauftrage ich das hämatologische Speziallabor (AML-Referenzlabor) der Kinderklinik 3 des Universitätsklinikums Essen mit der Durchführung einer molekulargenetischen Untersuchung zur molekularen Resterkrankung (MRD-Level) für die unten genannte Probe der unten genannten Person. Mit der Abrechnung der Untersuchung gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bin ich einverstanden.

**Probenmaterial (PB/KM):** _____

**Entnahmedatum:** _____

**Rechnungsempfänger/ Auftraggeber:**

_____ ___ _____

Datum Unterschrift Rechnungsempfänger/ Auftraggeber

**Patient:** (Etikett inkl. Krankenkasse)

**Einwilligung in die Datenweitergabe**

Ich erteile hiermit die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass das Universitätsklinikum Essen, Kinderklinik 3, AML-Referenzlabor bzw. Herr Univ.-Prof. Dr. med. Dirk Reinhardt die zur Abrechnung erforderlichen wesentlichen Daten der Behandlung, insbesondere solche aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Befunde, Behandlungsverläufe), auch soweit es sich dabei um „besondere Arten personenbezogener Daten“ i.S. v. § 3 Abs. 9 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) handelt, der damit beauftragten Abrechnungsstelle PVS rhein-ruhr GmbH, Geschäftsstelle Mülheim, Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim, ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Inkassos zur Verfügung stellt. Insoweit entbinde ich das Universitätsklinikum Essen, Kinderklinik 3, AML-Referenzlabor bzw. Herr Univ.-Prof. Dr. med. Dirk Reinhardt ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

_____ _____

Datum Unterschrift Patient/ gesetzl. Vertreter