



Kostenübernahmeerklärung Biomarker-Screening | Foreign-Patient

Durchführung der Untersuchung zum Biomarker-Screening für die Probe von:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße/HausNr.

PLZ/Wohnort

Entnahmedatum der Patientenprobe

Neudiagnose € 7.300,-

Rezidiv € 6.800,-

Rechnungsempfänger:

Name, Vorname

Klinik

Abteilung

Telefon

E-Mail

Einwilligung in die Datenweitergabe:

Hiermit erteile ich die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass das Universitätsklinikum Essen, Klinik für Kinderheilkunde III, AML-Referenzlabor und Herr Univ.-Prof. Dr. med. Dirk Reinhardt die zur Abrechnung erforderlichen wesentlichen Daten der Behandlung, insbesondere solche aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Befunde, Behandlungsverläufe etc.), 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 Straße. 16, 45481 Mülheim, ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Inkassos zur Verfügung zu stellen. Insoweit entbinde ich das Universitätsklinikum Essen, Klinik für Kinderheilkunde III, AML-Referenzlabor und Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Dirk Reinhardt ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

.....
 Datum

.....
 Unterschrift Patient/gesetzl. Vertreter