

BEVOLLMÄCHTIGUNG UND ABTRETUNGSVEREINBARUNG

Die Versicherte

Name, Vorname:

Straße Nr.:

PLZ Ort:

Krankenkasse:

Krankenversicherungsnummer:

tritt ihre Ansprüche auf Erstattung der Kosten für die Durchführung des molekulopathologischen BRCA-Mutationstests inkl. Versand- und Transportkosten vollumfänglich ab an das

Institut für Pathologie:

Die Versicherte ermächtigt den o.g. Pathologen 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 zu machen. **Mit dieser Abtretungserklärung entstehen der Versicherten keine Kosten für die Durchführung des molekulopathologischen 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 ist die Genehmigung erteilt, Rechtsmittel gegen diese Entscheidung einzulegen.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der Versicherten