

## BEVOLLMÄCHTIGUNG UND ABTRETUNGSVEREINBARUNG

Die Versicherte

Name, Vorname: .....

Straße Nr.: .....

PLZ Ort: .....

Krankenkasse: .....

Versichertennummer: .....

hat bei o.g. Krankenkasse die Kostenübernahme für einen BRCA-1/2-Mutationsdiagnostik am Tumorgewebe beantragt und tritt ihre Ansprüche auf Erstattung der Kosten für die Durchführung des molekulopathologischen BRCA-Mutationsdiagnostik am Tumorgewebeinkl. Versand- und Transportkosten vollumfänglich ab an

**Hier bitte BRCA-Institut einfügen:** .....

.....

.....

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. 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.

**Mit dieser Abtretungserklärung entstehen der Versicherten keine zusätzlichen Kosten für die Durchführung der molekulopathologischen BRCA1/2-Diagnostik. Durch die Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 3 SGB V ist die molekulopathologischen BRCA1/2-Diagnostik für den behandelnden Gynäkologen/Onkologen budgetneutral.**

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