

Zustimmungserklärung zur externen Abrechnung

Die Patientin

Name, Vorname:

Straße Nr.:

PLZ Ort:

krankenversichert bei

.....

ist einverstanden, dass im Bedarfsfall der/die mit der molekularpathologischen Untersuchung beauftragte Pathologe/Pathologin zur Abrechnung der ärztlichen Leistung eine externe Abrechnungsstelle einschaltet, hier die

medicalnetworks CJ GmbH & Co.KG
Wilhelmsstraße 9
34117 Kassel

Insoweit entbinde ich meine behandelnden ÄrztInnen zugleich von der Schweigepflicht.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der Versicherten