ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG ZUR EXTERNEN ABRECHNUNG

Die Patientin

Name, Vorname:

Straße Nr.:

PLZ Ort:

krankenversichert bei

Versichertennummer

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

medicalnetworks CJ GmbH & Co.KG
Wilhelmsstraße 9
34117 Kassel

Was die zur Abrechnung zwingend erforderlichen Daten betrifft, entbinde ich meine behandelnden ÄrztInnen insoweit von der Schweigepflicht. Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt nicht für diagnostische Ergebnisse.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der Versicherten