

Mit Bitte zur Weitergabe an
den/die Patienten/in

Wichtige Patienteninformation zur privaten Kostenübernahme

Seite 1/1

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin

Sie haben über Ihren Arzt in unserem Labor eine molekulargenetische Analyse in Auftrag gegeben. Bitte reichen Sie den beiliegenden Kostenvoranschlag bei Ihrer privaten Krankenversicherung (PKV) ein. Sobald Ihnen die Kostenübernahmeerklärung der PKV vorliegt, senden Sie uns diese bitte an folgende Adresse:

UK Hamburg-Eppendorf
Institut für Humangenetik (N27)
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Generell wird die angeforderte Diagnostik gestartet, sobald uns alle erforderlichen Unterlagen inkl. Kostenübernahmebestätigung des Kostenträgers (z. B. der PKV) vorliegen. Wenn Sie einen zeitnahen Beginn der Diagnostik wünschen und nicht auf die Kostenübernahmebestätigung Ihrer PKV warten möchten, können Sie uns vorab durch Unterschrift bestätigen, dass Sie die Kosten der Untersuchung gemäß beiliegendem Kostenvoranschlag im Falle einer Ablehnung durch die PKV selber tragen. Geben Sie hierzu bitte auch Ihre Rechnungsadresse an. Wir werden dann umgehend mit der Bearbeitung Ihres Auftrags beginnen. Die Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse reichen Sie uns dann ggf. nach.

Dr. rer. nat. Michael Kutsche
Laborleiter Molekulargenetisches Diagnostiklabor

Hiermit bestätige ich, dass ich die Kosten der molekulargenetischen Untersuchung gemäß u. g. Kostenvoranschlag ggf. selbst tragen werde (d.h. auch dann, wenn nachfolgend keine Kostenübernahme durch meine PKV erfolgen sollte).

Höhe der Kosten _____ € (Kostenvoranschlag des IHG des UKE vom _____)
Rechnungsadresse: _____ (Datum)

(Titel, Name, Vorname) _____

(Straße, Hausnummer) _____

(PLZ, Ort) _____

Datum

Unterschrift