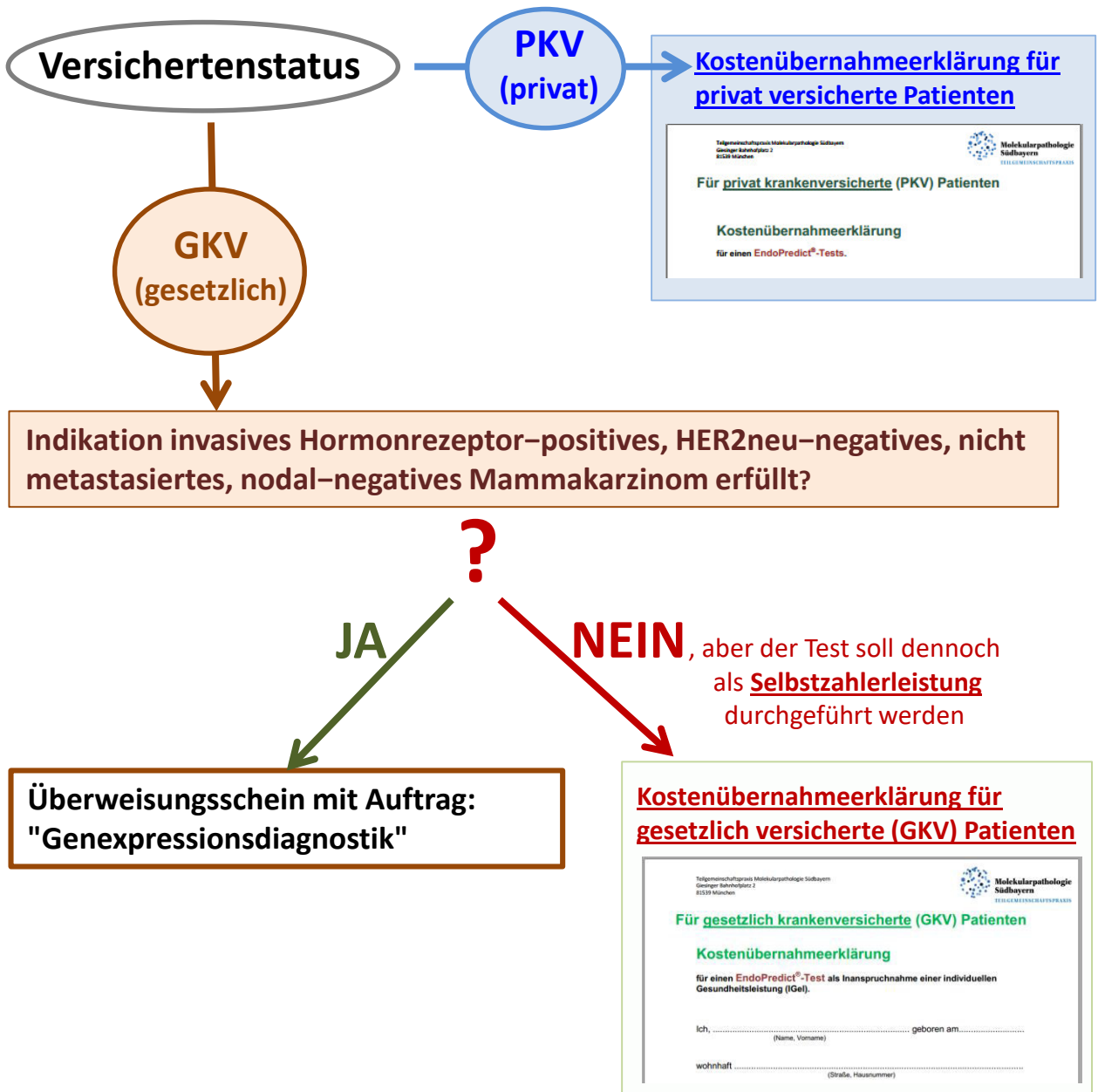




Dokumente zur Anforderung eines EndoPredict-Tests:

1. Je nach **Versichertenstatus** werden unterschiedliche **Formulare** benötigt:



2. **Pathologischer Befundbericht / Arztbrief** mit folgenden, obligaten Angaben:

- ✓ Tumorgroße
- ✓ Hormonrezeptorstatus
- ✓ HER2-Status
- ✓ Lymphknotenstatus
- ✓ Metastasierungsstatus



Für privat krankenversicherte (PKV) Patienten

mit festem Wohnsitz in Deutschland

Kostenübernahmeerklärung

für einen **EndoPredict[®]-Test**.

Ich, geboren am.....
(Name, Vorname)

wohnhaft
(Straße, Hausnummer)

.....
(PLZ, Ort)

wünsche im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und Entscheidungsfähigkeit die Durchführung eines **EndoPredict[®]-Tests** (zur Vorhersage der Ansprechens bzw. der Notwendigkeit von Chemotherapie bei Brustkrebs).

Mit der Übernahme der Kosten für den Test nach GOÄ (insgesamt 2.545,98 Euro) bin ich einverstanden.

Der Test soll von der Teilgemeinschaftspraxis Molekularpathologie Südbayern durchgeführt und berechnet werden.

Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten und ich wurde über den Nutzen und die Grenzen des EndoPredict[®]-Tests aufgeklärt.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)



DECLARATION FOR THE ASSUMPTION OF COSTS *KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG (ENGLISH VERSION)*

I authorize the Teilgemeinschaftspraxis Molekularpathologie Südbayern to perform the **EndoPredict®-Test** on the sample(s) provided.

I herewith declare to cover the costs for the **EndoPredict®-Test**, which are **EUR 2545.98** in total. I agree that results will be provided exclusively against prepayment. I received a copy of this declaration and I was informed of the medical aspects of the test.

*Ich beauftrage die Teilgemeinschaftspraxis Molekularpathologie Südbayern mit der Durchführung eines **EndoPredict®-Tests**. Die damit verbundenen Kosten von **2.545,98 Euro** werde ich übernehmen. Mit der Bereitstellung der Ergebnisse gegen Vorkasse bin ich einverstanden*. Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten und ich wurde über den Nutzen und die Grenzen des EndoPredict®-Tests aufgeklärt.*

** no prepayment if the payer is a German medical practice. Ist der im Folgenden bezeichnete Kostenträger eine Arztpraxis mit Sitz in Deutschland entfällt die Vorkassenregelung. Die Arztpraxis bürgt in diesem Fall für die Kosten.*

1. Billing address / *Kostenträger*

.....
Name

.....
Street / *Straße*

.....
ZIP City / *PLZ*

.....
Country / *Land*

2. Date, Signature / *Datum, Unterschrift und ggf. Praxisstempel*

.....
.....

Correspondent bank / *Bankverbindung der Molekularpathologie Suedbayern:*

Bank: Sparkasse Muenchen

IBAN: DE28 7015 0000 1004 1993 43

BIC: SSKMDEMMXXX



Für gesetzlich krankenversicherte (GKV) Patienten

Kostenübernahmeerklärung

für einen **EndoPredict®-Test** als Inanspruchnahme einer individuellen Gesundheitsleistung (IGel).

Ich, geboren am.....
(Name, Vorname)

wohnhaft
(Straße, Hausnummer)

.....
(PLZ, Ort)

wünsche im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und Entscheidungsfähigkeit die Durchführung eines **EndoPredict®-Tests** (zur Vorhersage der Ansprechens bzw. der Notwendigkeit von Chemotherapie bei Brustkrebs) als individuelle Gesundheitsleistung (IGel) auf eigene Kosten.

Mir ist bekannt, dass diese Leistung in bei meiner individuellen Indikation nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen wird.

Die Kosten für den Test als individuelle Gesundheitsleistung berechnen sich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) folgendermaßen:

Ziffer 4872 A zu je 113,66 Euro x 17 = 1.932,22 Euro

Ich verpflichte mich, die Kosten von 1.932,22 Euro für den EndoPredict®-Test privat zu bezahlen.

Der Test soll von der Teilgemeinschaftspraxis Molekularpathologie Südbayern durchgeführt und berechnet werden.

Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten und ich wurde über den Nutzen und die Grenzen des EndoPredict®-Tests aufgeklärt.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)