



Teilgemeinschaftspraxis  
Molekularpathologie Südbayern  
Nonnenwald 2  
Gebäude 433  
82377 Penzberg

## **Kostenübernahmeerklärung**

(für privat Krankenversicherte)

Ich bin privat krankenversichert und wünsche die Durchführung eines Foundation One® CDx-Tests durch die Teilgemeinschaftspraxis Molekularpathologie Südbayern.

Mit der Übernahme der Kosten von **3.960,48 €** für den Foundation One® CDx-Test nach GOÄ bin ich einverstanden.

Mir ist bewusst, dass ich diese Kosten auch in vollem Umfang zu übernehmen habe, falls meine Krankenversicherung die Kostenübernahme ganz oder teilweise verweigert.

### **1. Rechnungsadresse der Patientin / des Patienten**

.....  
Name

.....  
Straße Nr.

.....  
PLZ Ort

### **2. Datum/ Unterschrift der Patientin / des Patienten**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patientin /Patient