



# Für privat krankenversicherte (PKV) Patienten

## 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)