



Teilgemeinschaftspraxis  
Molekularpathologie Südbayern  
Nonnenwald 2  
Gebäude 433  
82377 Penzberg

## Kostenübernahmeerklärung

(für privat Krankenversicherte)

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

Mit der Übernahme der Kosten von **4.290,09 €** für den FoundationOne® 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 Patient\*in

.....  
Name

.....  
Straße Nr.

.....  
PLZ Ort

2. Private Krankenversicherung: .....

### 3. Datum/Unterschrift Patient\*in

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patientin /Patient