



# 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)