

an:

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Institut für Pathologie

Prof. Dr. David Horst

Charitéplatz 1

10117 Berlin

Zustimmungserklärung für Privatpatientinnen

Die Patientin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

krankenversichert bei: _____

ist einverstanden, dass der mit der molekularpathologischen Leistung (EndoPredict®-Test) beauftragte Pathologe zur Abrechnung der ärztlichen Leistung (ca. 2.200 €) eine externe Abrechnungsstelle einschaltet, hier die

PVS berlin-brandenburg-hamburg GmbH & Co. KG

Invalidenstr. 92

10115 Berlin

Insoweit entbinde ich meine behandelnden ÄrztInnen zugleich von der Schweigepflicht. Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt nicht für das Ergebnis der Untersuchung.

Ort / Datum

Unterschrift der Versicherten