

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 BRCA-Untersuchung beauftragte Pathologe/Pathologin zur Abrechnung der ärztlichen Leistung gemäß GOÄ (18x4872A mit Steigerungsfaktor 1,8 = 3.682,58 €) 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