

Krankenkasse

Name, Vorname, Anschrift des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr

Status

Betriebsstätten-Nr

Arzt-Nr.

Datum

**Probenannahme / Leistungserfassung**  
Tel.: 03641 9-396804 Fax: 03641 9-396805  
E-Mail: Simone.Krieger@med.uni-jena.de  
Sylvia.Scharf@med.uni-jena.de

## Kostenübernahmeerklärung

**Ich erkläre mich einverstanden, dass im Rahmen der folgenden genannten Indikation**

Untersuchung bitte einfügen

- eine humangenetische Beratung durchgeführt wird
- ein humangenetisches Gutachten erstellt wird
- mir Untersuchungsmaterial entnommen wird und eine DNA-Asservierung durchgeführt wird
- mir Untersuchungsmaterial entnommen wird und auf genetische Veränderungen untersucht wird

**Die Kosten für die oben genannte Leistung gemäß des Kostenvoranschlags sind mir bekannt.**

Die Leistungen werden von Herrn Prof. Dr. med. C. Hübner bzw. seine Stellvertretung, Frau OÄ Dr. med. I. Schreyer oder Frau Dr. S. Komatsuzaki erbracht bzw. durchgeführt.

**Ich erkläre mich weiterhin damit einverstanden, dass die Rechnung für den o. g. Auftrag von einer durch das Universitätsklinikum Jena gewählten privatärztlichen Verrechnungsstelle erstellt wird und dass alle zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten an diese weitergegeben werden dürfen. Erhalte ich auf Bestehen meines Versicherungsvertrages keine bzw. keine vollständige Erstattung der in Rechnung gestellten Gebühren, bin ich verpflichtet diese Kosten selbst zu tragen.**

Rechnung an:

- wie oben aufgeführt
- sonstige Anschrift \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten /  
Sorgeberechtigten

Unterschrift des  
Rechnungsempfängers

