

Bitte zurücksenden an:

Universitätsmedizin Greifswald  
Institut für Humangenetik  
Prof. Dr. med. Ute Felbor  
Fachärztin für Humangenetik  
Fleischmannstraße 43  
D-17475 Greifswald

## Kostenübernahmeerklärung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Ich erkläre mich einverstanden, dass von mir/meinem Kind entnommenes Blut und/oder aufbewahrtes Gewebe im Rahmen des im Folgenden genannten Untersuchungsgrundes auf genetische Veränderungen untersucht wird:

---

(Untersuchung bitte einfügen)

Ich bin über die Durchführung und Kosten der Untersuchung ausreichend und angemessen aufgeklärt worden. Ich beauftrage die Veranlassung der Untersuchung durch

Frau Prof. Dr. med. U. Felbor, Fachärztin für Humangenetik,

und erkläre mich bereit, die Kosten für die Untersuchung gemäß der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hierfür in voller Höhe zu übernehmen.

Ich bin mit der Weitergabe von Daten aus meiner Patientenakte für Abrechnungszwecke an eine Ärztliche Verrechnungsstelle einverstanden.

Die unterschriebene Kostenübernahmeerklärung ist Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung.

---

(Raum für gewünschte Einschränkungen)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten/Sorgeberechtigten