



**Universitätsmedizin Essen**  
 Universitätsklinikum  
 Klinik für Kinderheilkunde III



## Kostenübernahmeerklärung initiales Biomarker-Screening

### Durchführung der Untersuchung zum initialen Biomarker-Screening für die Probe von:

Name, Vorname .....

Geburtsdatum .....

Straße/HausNr. ....

PLZ/Wohnort .....

**Entnahmedatum der Patientenprobe** .....

NGS € 3.000,-

Translokationsscreening € 950,-

### Rechnungsempfänger:

Name, Vorname .....

Klinik .....

Abteilung .....

Telefon .....

E-Mail .....

### Einwilligung in die Datenweitergabe:

Hiermit erteile ich die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass das Universitätsklinikum Essen, Klinik für Kinderheilkunde III, AML-Referenzlabor und Herr Univ.-Prof. Dr. med. Dirk Reinhardt die zur Abrechnung erforderlichen wesentlichen Daten der Behandlung, insbesondere solche aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Befunde, Behandlungsverläufe etc.), auch soweit es sich dabei um 'besondere Arten personenbezogener Daten' i.S. v. § 3 Abs. 9 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) handelt, der damit beauftragten Abrechnungsstelle PVS rhein-ruhr GmbH, Geschäftsstelle Mülheim, Remscheider Straße. 16, 45481 Mülheim, ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Inkassos zur Verfügung zu stellen. Insoweit entbinde ich das Universitätsklinikum Essen, Klinik für Kinderheilkunde III, AML-Referenzlabor und Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Dirk Reinhardt ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

.....  
 Datum

.....  
 Unterschrift Patient/gesetzl. Vertreter

KIKH, KIKK FO	Änderung	durch	Prüfung	durch	Freigabe	durch	
ID: 209565	19.10.2020	Mahlow, Ellen	28.10.2020	Kondryn, Denise	28.10.2020	von Neuhoff, Nils	Rev: 001/10.2020