

## Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung an die GKV

Patient/in: \_\_\_\_\_  
NAME, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Sollte durch die Untersuchung von Genen  $\leq 25\text{kb}$  keine eindeutige Diagnosestellung möglich sein, bevollmächtige ich die Praxis für Humangenetik Freiburg, eine Kostenübernahme für eine weiterführende Paneldiagnostik ( $>25\text{kb}$ ) bei meiner gesetzlichen Krankenkasse zu beantragen.

Ich stimme hierfür der Übermittlung meiner Daten an meine gesetzliche Krankenkasse zu, um den Antrag ausführlich zu begründen.

Ich bin zudem damit einverstanden dass meine Krankenkasse eine Kopie über den Entscheidungsbescheid an die Praxis für Humangenetik Freiburg sendet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X** \_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in bzw. Vormund

Falls der Antrag abgelehnt wird, möchte ich über die Möglichkeit die Leistung als Selbstzahler zu übernehmen, informiert werden.

Bitte informieren Sie mich in diesem Falle:

Kontaktdaten:      Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte schicken Sie das Formular an:  
**SYNLAB MVZ Humangenetik Freiburg GmbH, Heinrich-von-Stephan-Str. 5, D-79100 Freiburg**