

## Münchener Zentrum für Seltene Erkrankungen

### Kostenübernahmeerklärung für die Durchführung einer Zweitmeinung

Kostenübernahmeerklärung des Patienten zur Durchführung einer Zweitmeinung. Sichtung externer Befunde / Bilder / DVD / etc. und Erstellung eines individuellen schriftlichen Untersuchungs- und Behandlungsplans.

Ich, \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Wohnhaft in \_\_\_\_\_  
(Anschrift)

wünsche **die Durchführung einer Zweitmeinung, d.h. Sichtung externer Befunde / Bilder / DVD / etc. und Erstellung eines individuellen schriftlichen Untersuchungs- und Behandlungsplans.**

Mir ist bekannt, dass ich die anfallenden Behandlungskosten privat zu bezahlen habe und diese eventuell nicht durch meine private Krankenversicherung übernommen werden.

Ziffer	Leistungstext	Faktor	Betrag €	Von Klinik auszufüllen
85	Schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand <b>- je angefangene Stunde Arbeitszeit</b>	2,3	67,03	Anzahl der angefangenen Arbeitsstunden: _____
95	Schreibgebühr, <b>- je angefangene DIN A 4-Seite</b>	1,0	3,50	Seitenanzahl: _____
§ 10	Ersatz von Auslagen: Versand- und Portokosten, <b>- je nach Aufwand</b>		_____	

Ich verpflichte mich zur Zahlung der Gesamtkosten für die oben individuell aufgeführten Leistungen. Die Abrechnung erfolgt nach GOÄ (Gebührenverordnung für Ärzte).

München, den \_\_\_\_\_

**x** \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. seines Vertreters  
(bei minderjährigen Patienten: des o. der Sorgeberechtigten)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes bzw. seines  
Abschlussbevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Stempel bzw. Angabe Klinik