

Name, Vorname des Versicherten			geb. Datum
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

Per Fax an: 05141-159861

BKK Mobil Oil
Abrechnungsmanagement
29218 Celle

Anlage 2 Teilnahmeerklärung der Versicherten und Abrechnungsschein für den Biomarker-Test uPA/PAI-1 für den behandelnden Gynäkologen

Teilnahme- und Datenschutzerklärung der Versicherten:

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an Versorgungsprogramm zur Diagnostik von Versicherten mit Mammakarzinom mittels Biomarker-Test uPA/PAI-1. Ich bin darüber informiert, dass meine Teilnahme freiwillig erfolgt und jederzeit widerrufen werden kann. Erkläre ich meine Teilnahme nicht, entstehen mir keine Nachteile, ich kann jedoch nicht die Vorteile des vorgenannten Programms nutzen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der Behandlung dieses Versorgungsprogrammes stehen, von den behandelnden Ärzten verarbeitet und an die BKK Mobil Oil unter strenger Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden dürfen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten von der BKK Mobil Oil und der MHH zum Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfung verarbeitet werden.

Datum/Unterschrift eines Erziehungsberechtigten der /des Versicherten

Hiermit wird erklärt, dass die Leistungen des Vertrages zur Diagnostik von Versicherten mit Mammakarzinom mittels Biomarker-Test uPA/PAI-1 gemäß § 1 Absatz 1 Nr. a erbracht wurden.

Die Vergütung in Höhe von 30,00 Euro soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

IBAN:	BIC:
Bank:	Verwendungszweck:
_____ Ort, Datum, Unterschrift	Praxisstempel