



Kostenübernahmeerklärung für zusätzliche Allergenbestimmungen (Selbstzahlerleistung)

Patient*in

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Bei Minderjährigen

Name der/des Erziehungsberechtigten:

Kostenübernahmeerklärung

Ich wünsche die Durchführung zusätzlicher Allergenbestimmungen, die über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der von meiner Krankenversicherung übernommenen Leistungen hinausgehen.

Mir wurde erläutert, dass diese zusätzlichen Untersuchungen nicht von der Krankenkasse erstattet werden und daher als Selbstzahlerleistung in Rechnung gestellt werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, die Kosten für die von mir gewünschten zusätzlichen Allergenbestimmungen selbst zu übernehmen.

Die Kosten betragen: 14,57 EUR pro zusätzliche Allergen.

Anzahl der zusätzlich gewünschten Allergene: _____

Voraussichtliche Gesamtkosten: _____ EUR

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in bzw.
Erziehungsberechtigte*r bei Minderjährigen

