

Herstellung/Fraktionierung	<b>Formular</b>	FB-HER-Allg-717 V-3
----------------------------	-----------------	---------------------

<b>KOSTENÜBERNAHME für Eigenserum Augentropfen</b>	Preis für 60 Amphiolen hinzugefügt
--	------------------------------------

**Eilt - Erklärung zur Kostenregelung - Eilt**

**FAX - ANTRAG auf KOSTENÜBERNAHME für Eigenserum Augentropfen**

Patientenetikett  
oder - Daten

Für die bevorstehenden Untersuchungen bin ich folgendermaßen krankenversichert (bitte ankreuzen):

- **Gesetzliche** Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

(Name der Krankenkasse)

- Hiermit bitte ich um Kostenübernahme für Eigenserum Augentropfen (ambulante Behandlung).

Datum und Unterschrift (Patient): \_\_\_\_\_

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift (Arzt): \_\_\_\_\_

**1 x 10 Amphiolen: 316,06 €**

**1 x 20 Amphiolen: 382,33 €**

**1 x 30 Amphiolen: 448,60 €**

**1 x 40 Amphiolen: 535,10 €**

**1 x 50 Amphiolen: 616,48 €**

**1 x 60 Amphiolen: 739,78 €**

Rückantwort der gesetzlichen Krankenkasse schnellstens an folgende Faxnummer erbeten:

06421-5864335

- genehmigt \_\_\_\_\_
- abgelehnt \_\_\_\_\_

Stempel der Krankenkasse    Datum und Unterschrift

Zentrum für Transfusionsmedizin und Hämotherapie am UKGM	<b>gültig ab:</b> 01.01.2017	Seite: 1 von: 2
---	------------------------------	-----------------

Herstellung/Fraktionierung	<b>Formular</b>	FB-HER-Allg-717 V-3
<b>KOSTENÜBERNAHME für Eigenserum Augentropfen</b>		Preis für 60 Amphiolen hinzugefügt
<p>Bei Ablehnung der Kostenübernahme für Eigenserum Augentropfen - bitte per FAX zurück an:</p> <p>Faxnummer: 06421-5864335</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich gebe hiermit verbindlich die Eigen serum Augen tropfen in Auftrag, ich bin mit einer Privat rechnung einverstanden.</li> <li>• Über die Kosten wurde ich vorher informiert:</li> </ul> <p><b>1 x 10 Amphiolen: 316,06 €</b>  <b>1 x 20 Amphiolen: 382,33 €</b>  <b>1 x 30 Amphiolen: 448,60 €</b>  <b>1 x 40 Amphiolen: 535,10 €</b>  <b>1 x 50 Amphiolen: 616,48 €</b>  <b>1 x 60 Amphiolen: 739,78 €</b></p> <p>Datum und Unterschrift (Patient): _____</p> <p>Datum und Unterschrift (Arzt): _____</p>		
Zentrum für Transfusionsmedizin und Hämotherapie am UKGM	<b>gültig ab:</b> 01.01.2017	Seite: 2 von: 2

+++Onlineexemplar+++