

Entnahme	Formular	FB-HER-Allg-717 V-3
KOSTEENÜBERNAHME für Eigenserum-Augentropfen		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

+++ Onlineexemplar +++

Zentrum für Transfusionsmedizin und Hämotherapie am UKGM	Gültig ab: 01.01.2017	Seite 1 von 2
--	------------------------------	---------------

Entnahme	Formular	FB-HER-Allg-717 V-3
KOSTEENÜBERNAHME für Eigenserum-Augentropfen		Preis für 60 Amphiolen hinzugefügt

Bei Ablehnung der Kostenübernahme für Eigenserum Augentropfen - bitte per FAX zurück an:

Faxnummer: 06421-5864335

Ich gebe hiermit verbindlich die Eigenserum Augentropfen in Auftrag, ich bin mit einer Privatrechnung einverstanden.

Über die Kosten wurde ich vorher informiert:

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 €

Datum und Unterschrift (Patient): _____

Datum und Unterschrift (Arzt): _____

Zentrum für Transfusionsmedizin und Hämotherapie am UKGM	Gültig ab: 01.01.2017	Seite 2 von 2
---	------------------------------	---------------