

Vollmacht

Bei mir/ der von mir betreuten Person:
(Name in Druckbuchstaben, Geburtsdatum)

soll eine humangenetische Diagnostik gemäß EBM Gebührenordnungsposition 11514, 11449 oder 19425 durchgeführt werden.

Ich bevollmächtige das MVZ Dr. Eberhard & Partner (ÜBAG), Dortmund, die entsprechende Genehmigung mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit bei meiner Krankenkasse zu beantragen. Zu diesem Zwecke entbinde ich das MVZ Dr. Eberhard & Partner (ÜBAG) von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meiner Krankenkasse.

Ich bin zudem damit einverstanden, dass meine Krankenkasse eine Kopie über den Entscheidungsbescheid an das MVZ Dr. Eberhard & Partner (ÜBAG) sendet.

.....
Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift