

Patienten-Zahlungsformular

Lieber Patient,

Vielen Dank, dass Sie einen SelectMDx®-Test angefordert haben. Wenn Sie dieses Formular ausfüllen und unterschreiben, geben Sie Ihr Einverständnis, dass die übermittelte Urinprobe für den SelectMDx-Test in unserem Labor verwendet wird.

BITTE gut leserlich ausfüllen:

(Aus Datenschutzgründen werden diese Informationen nur zu Abrechnungszwecken von MDxHealth verwendet und nicht länger als erforderlich gespeichert. Sie werden auch nicht zusammen mit Ihren medizinischen Informationen oder Testergebnissen gespeichert.)

Name & Initialen:
Adresse:
Postleitzahl: Stadt: Land:
E-mail-Adresse: Telefon:
Krankenhaus/Klinik: SelectMDx® Fall-ID:
(wo die Probe entnommen wurde) (sofern bekannt)

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Ich möchte die Rechnung für den SelectMDx Test MDX folgenderweise erhalten: per Post per E-Mail

Das Urinsammel-Set wird von DHL®/FedEx® abgeholt und an das Labor von MDxHealth in Nijmegen, Niederlande, versendet, wobei der Rücksende-Service von MDxHealth verwendet wird. **Die Kosten für den SelectMDx-Test, einschließlich Expresskurier-Versand der Probe an das Labor betragen € 363,00 inklusive Steuern.**

Hiermit bestätige ich, mit den oben genannten Kosten einverstanden zu sein und diese Kosten im Voraus per Banküberweisung auf das Konto von MDxHealth Servicelab B.V. in Nijmegen zu bezahlen. Nach Erhalt der Probe und der Zahlung werden die Ergebnisse des SelectMDx-Tests an den anfragenden Arzt übermittelt. Das Ergebnis des SelectMDx-Tests wird dem Patienten nicht direkt mitgeteilt, da das Ergebnis in Verbindung mit der Krankengeschichte des Patienten sorgfältig interpretiert werden muss.

Die Kosten für den Test überweisen Sie auf folgendes Bankkonto: **IBAN: NL 88 KRED 0633 0256 31** der **KBC Bank (BIC: KREDNL2X)**, auf den Namen **MDxHealth Servicelab B.V.**, Zahlungsreferenz sind Name und Geburtsdatum des Patienten.

Bitte unterschreiben und scannen Sie dieses Formular und fertigen eine Kopie. Dann senden Sie es per E-Mail an **finance_nijmegen@mdxhealth.com**. Oder via Fax an : **+31 88 327 2728**. Wenn dies nicht möglich ist, fügen Sie dieses unterzeichnete Formular dem Urin-Sammelset bei, wenn Sie die Probe an MDxHealth senden oder senden Sie das Formular per Post an die unten angegebene Adresse.

Unterschrift zur Zustimmung:

.....
Unterschrift Patient

Name:

Datum: - -
Tag Monat Jahr