

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG

Klinik oder sonstige Kostenträger

Wir werden dem Zentralen Knochenmarkspender-Register für die Bundesrepublik Deutschland gemeinnützige GmbH (ZKRD) die Kosten für die Suche nach einem nicht verwandten Blutstammzellspender für den Patienten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

im In- und Ausland bis zu maximal EUR _____ in voller Höhe zu erstatten

(empfohlen EUR 15.000,-- inkl. einer einmaligen Aktivierungsgebühr in Höhe von EUR 4.600,-- ohne Betragsangabe gelten EUR 15.000,--).

Mit der einmaligen Aktivierungsgebühr von EUR 4.600,-- werden die Organisationsleistungen des ZKRD und der Knochenmarkspenderdateien abgegolten.

Wir werden das ZKRD unverzüglich informieren, sobald wir von Umständen Kenntnis erhalten, die den Abbruch der Spendersuche zur Folge haben.

Die bei der Suche nach einem nicht verwandten Blutstammzellspender anfallenden Kosten sind nicht Bestandteil anderer Pauschalen für klinische Leistungen (G-DRG) im Rahmen der Transplantation blutbildender Stammzellen. Eine spätere Verrechnung ist damit ausgeschlossen.

Ansprechpartner des Kostenträgers: _____

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel