

ZKRD
Zentrales Knochenmarkspender-Register
für die Bundesrepublik Deutschland gGmbH
Postfach 42 44

Tel.: (07 31) 1507-20
Fax: (07 31) 1507-50

89032 Ulm

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG

persönlich

Ich,
Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

verpflichte mich, dem Zentralen Knochenmarkspender-Register für die Bundesrepublik Deutschland gGmbH (ZKRD) die Kosten für die Suche im In- und Ausland nach einem nicht verwandten Blutstammzellspender für

mich

den Patienten _____

in unbeschränkter Höhe

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

zu erstatten.

Ich werde das ZKRD unverzüglich informieren, sobald ich von Umständen Kenntnis erhalte, 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.

Name, Adresse und Telefonnummer des nächsten Angehörigen:

(Ort, Datum)

(Unterschrift)