

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

AUFTRAGSERTEILUNG FÜR LABORUNTERSUCHUNGEN

Rechnung an:

Patient Praxis IGeL BG

PRIVAT

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!



Quartal

Q	J	J
---	---	---

Geschlecht

W	M
---	---

Abnahmedatum Abnahmezeit

T	T	M	M	J	J	h	h	m	m
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an Telefon Nr. _____ Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag



0002



250420060013

Einverständnis des Patienten
(gemäß Erklärung s. Rückseite)

Datum, Unterschrift

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Einverständniserklärung des Patienten:

Ich bin mit der Untersuchung und Befundung der angeforderten Analysen im Medizinischen Versorgungszentrum Dr. Klein Dr. Schmitt & Partner, der Übermittlung der Ergebnisse an die behandelnden Ärzte, der Speicherung und der Weitergabe meiner Daten laut Bundesdatenschutzgesetz einverstanden.

Ich entbinde alle beteiligten Ärzte zu diesem Zweck von der Schweigepflicht. Falls die Untersuchung nicht in diesem Labor durchgeführt werden kann, willige ich ein, die Probe mit den Daten an ein anderes qualifiziertes Labor weiterzuleiten. Mir ist bekannt, dass ich diese Untersuchung nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) selbst zahlen muss.

Bitte auf der Vorderseite unterschreiben lassen!