

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

# PRAXIS FÜR LABORMEDIZIN UND MIKROBIOLOGIE

ÜBERÖRTLICHE BERUFS AUSÜBUNGSGEMEINSCHAFT GbR

Universitätsstraße 62 · 44789 Bochum · Telefon: 0234-3077100 · Telefax: 0234-3077930  
Carnaper Str. 73-75 · 42283 Wuppertal · Telefon: 0202-255770 · Telefax: 0202-558611  
Albert-Einstein-Str. 13 · 51580 Reichshof · Telefon: 02265-99290 · Telefax: 02265-992999

## Privat-Untersuchungsauftrag

Geschlecht:

W

M

SSW:

Abnahmedatum

Abnahmezeit

Barcode LG / DFÜ-Nr.

**Untersuchungsmaterial:**

**Eilt/Fax**

**Gewünschte Untersuchungen:**

---

---

**Patientenerklärung:**

Ich wünsche die private Behandlung der o.g. ausservertraglichen Leistungen, die mir auf Grundlagen der ermittelten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten zum Zweck der Untersuchung von labormedizinischen Parametern an Auftragslaboratorien, sowie für dessen Abrechnung an die jeweilige PVS weitergeleitet werden dürfen.

Ich bin berechtigt, gem. SBG V§73 (1b) diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Datum/ Unterschrift Patient/ gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_

Arztstempel/ Unterschrift