

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

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Begutachtungsauftrag allg. IGeL

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Kontrolluntersuchung Geschlecht

bekannte Infektion

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

SSW

Patientenerklärung über Individuelle Gesundheitsleistungen

Ich wünsche die Durchführung der vermerkten individuellen Leistungen als Heilbehandlung. Mir ist bekannt, dass diese von mir selbst zu tragen sind. Über Kosten und Umfang der Leistungen wurde ich ausführlich informiert. Die Liquidation erfolgt auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (1,0 GOÄ). Die Rechnung wird von der alphaomega Labor GbR erstellt und von mir selbst bezahlt. Die Auslagenpauschale wird nach §10 GOÄ mit **5,90 €** berechnet. Alle Informationen zur Ihren gespeicherten Daten nach Art.13 u. 14 EU DSGVO finden Sie unter dem Link www.aolabor.de/datenschutz.

Ort, Datum Unterschrift Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/in

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

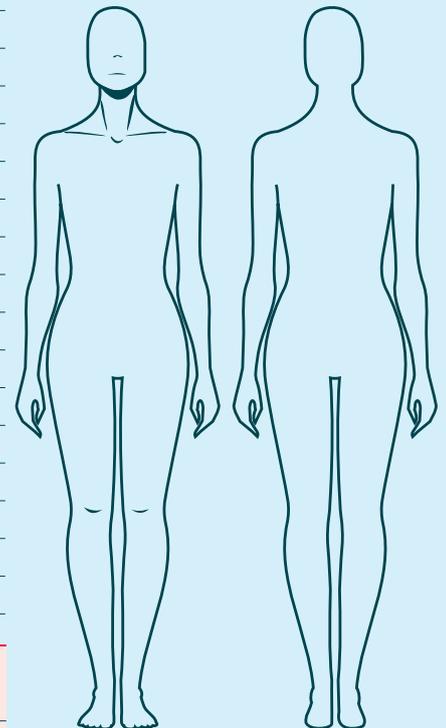
Begutachtungsauftrag Histologie/Zytologie (IGeL)

Untersuchungsauftrag	GOÄ (1,0)	Preis
<input type="checkbox"/> Allgemeine Histologie	4800	12,65 €*
<input type="checkbox"/> Histologie Samenleiter	4800	12,65 €*
<input type="checkbox"/> Histologie einfacher Hautcheck	4800	12,65 €*
<input type="checkbox"/> Sonderverfahren (Serienschnitt, Entkalkung)	4802	16,85 €*
<input type="checkbox"/> Sonderfärbung, Polarisation, Morphometrie	4815	20,40 €*
<input type="checkbox"/> Immunhistochemie (Doppelfärbung)	2 x 4815a	81,60 €*
<input type="checkbox"/> Ausführlicher schriftlicher Befundbericht	75	7,58 €

* Preis pro Untersuchungsmaterial bzw. Untersuchungsaufwand

Nr. (Probe)	Materialart	Entnahmeort
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

Diagnose/Vorerkrankungen/Indikation/Zusatzinformation



Nur von Pathologie auszufüllen

