

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Begutachtungsauftrag allg. IGeL

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

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

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

SSW

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

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

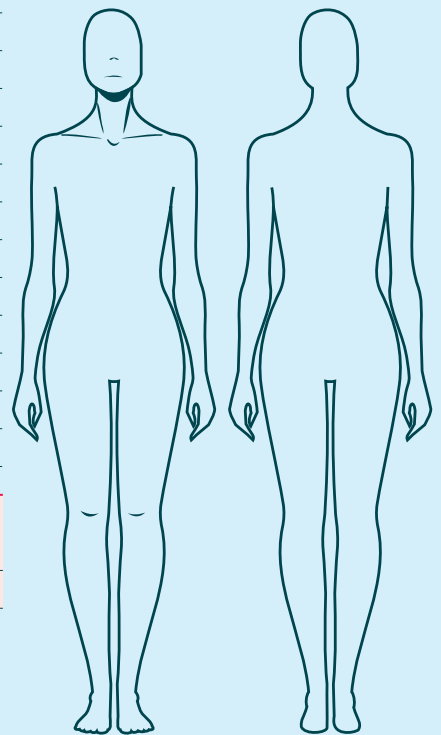
Begutachtungsauftrag Histologie/Zytologie (IGeL)

Untersuchungsauftrag	GOÄ (1,0)	Preis
<input type="checkbox"/> Histologie Samenleiter	4800	12,65 €*
<input type="checkbox"/> Histologie eines Körpermaterials	4802 4815	37,25 €*

* Preis pro Untersuchungsmaterial

Diagnose/Vorerkrankungen/Indikation/Zusatzinformation

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



Nur von Pathologie auszufüllen
