

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 bekannte Infektion

Geschlecht ☐

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 (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	Preis
☐ Histologie Samenleiter	4800	12,65 €*
☐ Histologie eines Körpermaterials	4802 4815	37,25 €*

* Preis pro Untersuchungsmaterial

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

Nur von Pathologie auszufüllen

Diagnose/Vorerkrankungen/Indikation/Zusatzinformation



