

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

Begutachtungsauftrag allg. PRIVAT

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

SSW

Patientenerklärung

Ich wünsche die Durchführung der vermerkten 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 Allgemeine Histologie (PRIVAT)

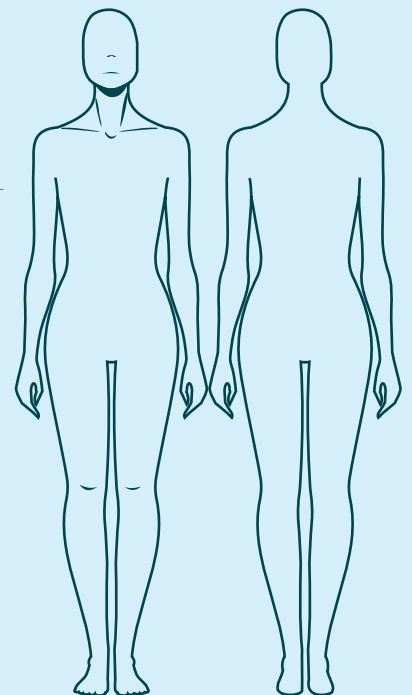
Untersuchungsauftrag	GOÄ	Preis
<input type="checkbox"/> Allgemeine Histologie	4800	29,09 €*
<input type="checkbox"/> Sonderverfahren (Serienschnitt, Entkalkung)	4802	38,74 €*
<input type="checkbox"/> Sonderfärbung, Polarisation, Morphometrie	4815	46,92 €*
<input type="checkbox"/> Immunhistochemie (Doppelfärbung)	2 x 4815a	93,84 €*
<input checked="" type="checkbox"/> Ausführlicher schriftlicher Befundbericht (1,0)	75	7,58 €

* Preis pro Untersuchungsmaterial bzw. Untersuchungsaufwand

Nur von Pathologie auszufüllen

Diagnose/Vorerkrankungen/Indikation/Zusatzinformation

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



Begutachtungsauftrag Histologie/Zytologie Prostata (PRIVAT)

Untersuchungsauftrag	GOÄ Regelhöchstsatz	Preis
<input type="checkbox"/> Allgemeine Histologie	4800	29,09 €*
<input type="checkbox"/> Histologie Samenleiter	4800	29,09 €*
<input type="checkbox"/> Sonderverfahren (Serienschnitt, Entkalkung)	4802	38,74 €*
<input type="checkbox"/> Sonderfärbung, Polarisation, Morphometrie	4815	46,92 €*
<input type="checkbox"/> Immunhistochemie (Doppelfärbung)	2 x 4815a	93,84 €*
<input checked="" type="checkbox"/> Ausführlicher schriftlicher Befundbericht (1,0)	75	7,58 €

* Preis pro Untersuchungsmaterial bzw. Untersuchungsaufwand

Diagnose/Vorerkrankungen/Indikation/Zusatzinformation

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

Nur von Pathologie auszufüllen

Begleitangaben	
PSA	ng/ml
freies	PSA ng/ml
Prostatavolumen	ccm

