

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.
PRIVAT



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

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)

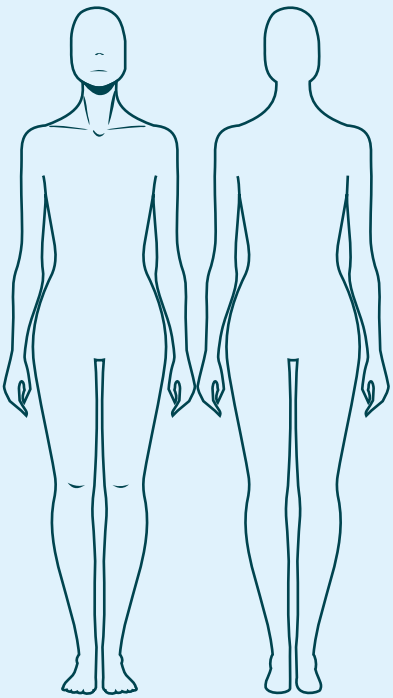
Untersuchungsauftrag	GOÄ	Preis
☐ Allgemeine Histologie	4800	29,09 €*
☐ Sonderverfahren (Serienschnitt, Entkalkung)	4802	38,74 €*
☐ Sonderfärbung, Polarisation, Morphometrie	4815	46,92 €*
☐ Immunhistochemie (Doppelfärbung)	2 x 4815a	93,84 €*
☒ Ausführlicher schriftlicher Befundbericht (1,0)	75	7,58 €

* Preis pro Untersuchungsmaterial bzw. Untersuchungsaufwand

Diagnose/Vorerkrankungen/Indikation/Zusatzinformation

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

Nur von Pathologie auszufüllen



Begutachtungsauftrag Histologie | Prostata (PRIVAT)

Untersuchungsauftrag	GOÄ Regelhöchstsatz	Preis
☐ Allgemeine Histologie	4800	29,09 €*
☐ Histologie Samenleiter	4800	29,09 €*
☐ Sonderverfahren (Serienschnitt, Entkalkung)	4802	38,74 €*
☐ Sonderfärbung, Polarisation, Morphometrie	4815	46,92 €*
☐ Immunhistochemie (Doppelfärbung)	2 x 4815a	93,84 €*
☒ Ausführlicher schriftlicher Befundbericht (1,0)	75	7,58 €

* Preis pro Untersuchungsmaterial bzw. Untersuchungsaufwand

BITTE ANKREUZEN!

Stanzmaterial enthalten	Entnahmeort	Hinweise
☐ 1.	BL	Basis links
☐ 2.	BLL	Basis lateral links
☐ 3.	ML	Mitte links
☐ 4.	TL	Transitionalzone links
☐ 5.	MLL	Mitte lateral links
☐ 6.	AL	Apex links
☐ 7.	BR	Basis rechts
☐ 8.	BLR	Basis lateral rechts
☐ 9.	MR	Mitte rechts
☐ 10.	TR	Transitionalzone rechts
☐ 11.	MLR	Mitte lateral rechts
☐ 12.	AR	Apex rechts
☐ 13.	SBL	Samenblase links
☐ 14.	SBR	Samenblase rechts
☐ 15.	Z1	Zusatz 1
☐ 16.	Z2	Zusatz 2
☐ 17.	Z3	Zusatz 3
☐ 18.	Z4	Zusatz 4

Nur von Pathologie auszufüllen

Diagnose/Vorerkrankungen/Indikation/Zusatzinformation

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

