

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Anschrift des Versicherten

geb. am

Datum

Rechnungsadresse abweichend

Rechnung

an Patient | 1,15 GOÄ

über den Arzt

Tarif abweichend

Befundübermittlung eilt Fax Telefon



Auftrag für privatärztliche Laborleistungen

Geschlecht

T T M M J J

Abnahmedatum

h h m m

Abnahmezeit

ja nein

Schwangerschaft

+

SSW

Auftrag | Diagnose | Verdacht

Ich wünsche die Durchführung der bezeichneten privatärztlichen Leistungen. Mir ist bekannt, dass die erbrachten Laborleistungen nach der derzeit gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden und ich der Rechnungsempfänger bin. Falls eine Fremdleistung nötig ist, gestatte ich die Weitergabe meiner Daten und des Probenmaterials.

Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Praxisstempel