

Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen oder DRUCKEN!

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Anschrift	
E-Mail	Telefon / Mobil

Untersuchungsauftrag

Praxis
Prof. Dr. med. M. Kramer
Facharzt für Laboratoriumsmedizin
Mönchhofstraße 52, 69120 Heidelberg

info@mdkramer.de
Telefon: 06221-3218888
Telefax: 06221-4340964

Barcode-Labor

- männlich
 weiblich
 Erstuntersuchung
 Kontrolle

Größe (cm)

Gewicht (kg)

Datum

Pat.-Nr.
(LABOR)

Einsenderstempel
Kostenträger
<input type="checkbox"/> Privatpatient (GOÄ x 1,15)
<input type="checkbox"/> Selbstzahler (GOÄ x 1,0)
<input type="checkbox"/> Einsender
<input type="checkbox"/> Rechnung mit MwSt. falls Leistungen nicht therapeutisch indiziert sind

Diagnose / Wichtige Angaben / Zusätzliche Untersuchungen:

Nagalase Test (Serum) € 67,04

(mind. 1 ml Serum im Versandröhrchen einschicken)

Patienten-Vereinbarung

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zu der veranlassten Untersuchung.
Die Liquidation dieser Leistung erfolgt auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
Die Abrechnung der durchgeführten Leistungen erfolgt durch Prof. Dr. med. M. Kramer.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/in