

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

Telefon: 06221-4340963  
Telefax: 06221-4340964

Barcode-Labor

- männlich  
 weiblich  
 Erstuntersuchung  
 Kontrolle

Größe (cm)

Gewicht (kg)

Datum

Pat.-Nr.  
(LABOR)

Einsenderstempel
------------------

Kostenträger

- Privatpatient (GOÄ x 1,15)  
 Selbstzahler (GOÄ x 1,0)  
 Einsender  
 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. Kramer oder über eine von diesen beauftragte Privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS Südwest, Mannheim). Mit der Weitergabe der zur Rechnungsstellung, zum Einzug und Abtretung notwendigen Daten an diese Abrechnungsstelle bin ich einverstanden.

Dieser Erklärung gilt als Benachrichtigung gemäß § 33 BDSG.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in