

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
c/o MVZ Dermatohistopathologie HD
Im Neuenheimer Feld 582, 69120 Heidelberg

info@mdkramer.de
Telefon: 06221-3218888
Telefax: 06221-3218882

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. med. M. Kramer.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/in