

Behandelnder Arzt

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Laboranforderung für IGeL

Individuelle Gesundheitsleistung

Abnahmedatum

Abnahmezeit

Quartal

Geschlecht

Befundübermittlung
eilt, nachrichtlich anTelefon
Nr. _____Fax
Nr. _____

Behandlungsvertrag

Anforderung:

() SARS-COV2-IgG - Antikörper (Befund an Patienten) - Preis: 17,49 €

() SARS-COV2-PCR - Abstrich - Preis: 60,38 €

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Ich wünsche die Durchführung der hier aufgeführten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Ich wurde über die medizinische Bedeutung der Leistungen durch meinem Arzt aufgeklärt. Mir ist bekannt, dass diese nicht zur Versorgung im Rahmen meiner gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Die Laborleistungen werden nach der derzeit gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet. Die Kosten werden von mir selbst getragen. Die ermittelten Laborergebnisse werden dem beratenden Arzt zugestellt. Ich gebe mein Einverständnis zur Erstellung und zum Einzug der für mich bestimmten Rechnung und die Weitergabe der rechnungsrelevanten Daten. Die Einwilligung zur Weitergabe meiner Daten kann ich jederzeit widerrufen.

Ort

Datum

Unterschrift