

Name, Vorname, Geb.Datum, Anschrift

# MEDIZINISCHES ZENTRALLABOR ALTENBURG

*Privatinstitut für Laboratoriumsdiagnostik*

04600 Abg., Am Waldessaum 10

Tel. 03447-56880 Fax 03447-568820 www.mzla.de

00420 \*00420\*

Datum

Barcode

Probenentnahme: ..... (Datum) ..... (Uhrzeit)

Klin. Angaben:

## UNTERSUCHUNGSaufTRAG auf Patientenwunsch - IGEL-Liste

Ich wünsche die Durchführung folgender individueller Gesundheitsleistungen:

25 (OH) Vitamin D <sub>3</sub>		GOÄ-Nr.: 4138	27,98 €
1,25 (OH) <sub>2</sub> Vitamin D <sub>3</sub>		GOÄ-Nr.: 4239	43,72 €
Vitamin C		GOÄ-Nr.: A3776	14,49 €

<b>Leistungen des behandelnden Arztes:</b>		Beratung GOÄ-Nr.: 1	10,72 €	Gebühr §10 GOÄ	--
Blutabnahme GOÄ-Nr.: 250	4,20 €	Beratung GOÄ-Nr.: 3	20,11 €	Faktor: .....	
				<b>Summe:</b>	

Mir ist bekannt, dass die oben aufgeführten Leistungen nicht Gegenstand der kassenärztlichen Versorgung sind und dass ich deshalb die Kosten für diese Leistungen - nach der Gebührenordnung für Ärzte - selbst zu tragen habe.

Datum: ..... Unterschrift des Patienten

**Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift:** Hiermit ermächtige ich das Medizinische Zentrallabor Altenburg GmbH & Co KG widerruflich, die von mir zu entrichtende oben genannte **Summe** einzuziehen.

Befund bitte an meinen Arzt

Name des Kontoinhabers

Ort und Datum

Konto-Nr.

BLZ

Unterschrift

Arztstempel