

Name, Vorname, Geb.Datum, Anschrift		<h2 style="margin:0;">MEDIZINISCHES ZENTRALLABOR ALTENBURG</h2> <p style="margin:0;"><i>Privatinstitut für Laboratoriumsdiagnostik</i></p> <p style="margin:0;">04600 Abg., Am Waldessaum 10 Tel. 03447-56880 Fax 03447-568820 www.mzla.de</p> <p style="text-align: right; font-size: 1.2em;">00990 *00990*</p>
Datum	Barcode	Probenentnahme: ..... (Datum) ..... (Uhrzeit) klin. Angaben:

<b>UNTERSUCHUNGSaufTRAG auf Patientenwunsch - IGEL-Liste</b>	GOÄ-Ziffer	Faktor	Preis
Ich wünsche die Durchführung folgender individueller Gesundheitsleistungen:	EUR		
<b>X</b>			

<b>Leistungen des behandelnden Arztes:</b>	Beratung GOÄ-Nr.: 1	10,72 €	Gebühr §10 GOÄ	4,30 €
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

<b>Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift:</b> Hiermit ermächtige ich das Medizinische Zentrallabor Altenburg GmbH & Co KG widerruflich, die von mir zu entrichtende oben genannte <b>Summe</b> einzuziehen.			Befund bitte an meinen Arzt
Name des Kontoinhabers	Ort und Datum		Arztstempel
Konto-Nr.	BLZ	Unterschrift	