

Name, Vorname, Geb.Datum, Anschrift

Medizinisches Zentrallabor Altenburg

MZLA Versorgungszentrum GmbH
04600 Altenburg , Am Waldessaum 8

MZLA

Tel 03447 5688- 0

Fax 03447 5688-77

E-Mail labor@mzla.de

Hier bitte
Barcode-Etikett
einkleben

Quartal

Geschlecht W M



0031 0095 03

98 - Privatpatient

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG

Abnahme:

Datum

Uhrzeit

Privatpatienten

Ich erkenne den beiliegenden Auftrag unter obigem Barcode mit den angeforderten Untersuchungen an. Mir ist bekannt, dass zwischen mir und der MZLA Versorgungszentrum GmbH ein Vertrag betreffend der Laboruntersuchungen zustande kommt. Diese privatärztliche Abrechnung erfolgt auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Unabhängig von einer Erstattung durch Dritte bin ich Schuldner.

Ich bin mit der Weitergabe meiner persönlichen Daten und Proben zur Bearbeitung, Rechnungsstellung und ggf. Mahnwesen an Dritte einverstanden und entbinde das MZLA-Versorgungszentrum diesbezüglich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Befund bitte an meinen Arzt

Datum: _____

Unterschrift des Patienten: _____

Arztstempel

