

Name, Vorname, Geb.Datum, Anschrift

# Medizinisches Zentrallabor Altenburg

MZLA - Versorgungszentrum  
04600 Altenburg , Am Waldessaum 8

# MZLA

Tel 03447 5688- 10  
Fax 03447 5688- 77  
E-Mail labor@mzla.de

Hier bitte  
(wenn vorhanden)  
Barcode-Etikett  
einkleben



0031 0036 03

22 - MicroDent

Abnahme: Datum  
Uhrzeit


## UNTERSUCHUNGSaufTRAG auf Patientenwunsch - IGEL-Liste

Ich wünsche die Durchführung folgender individueller Gesundheitsleistungen:

Probennahme:  1. Zahn (ROT)     2. Zahn (BLAU)     3. Zahn (GRÜN)     4. Zahn (GELB)

Identifizierung von:  5 Paradontitis-assoz. Markerkeimen (micro-IDent)     11 Paradontitis-assoz. Markerkeimen (micro-IDent plus)

Interleukin-1 (GenoType IL-1: Test zur Bestimmung der IL1-vermittelten Entzündungsneigung)  
*(Einverständniserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz zwingend erforderlich!)*

Patientenangaben:  Raucher     Antibiotika-Überempfindlichkeit bekannt gegen: \_\_\_\_\_  
 weitere Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Rechnung an:  Patienten (Rechnungsanschrift siehe oben)     Zahnarztpraxis (Rechnungsanschrift siehe Stempel)

Mir ist bekannt, dass die oben aufgeführten Leistungen in der Regel nicht Gegenstand der Kassenärztlichen Versorgung sind und ich deshalb die Kosten für diese Leistungen entsprechend der akt. Preisliste unter [www.mzla.de](http://www.mzla.de) in Rechnung gestellt bekomme und selbst zu tragen habe. Unzureichend frankierte Proben werden mit 5 € pauschal an den Rechnungsempfänger nachberechnet!  
Ich bin mit der Weitergabe meiner persönlichen Daten und Proben zur Bearbeitung, Rechnungsstellung und ggf. Mahnwesen einverstanden und entbinde das MZLA-Versorgungszentrum diesbezüglich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Befund bitte an meinen Zahnarzt

!!! Praxis - Stempel !!!

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_