

# UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG

44

## Patienten-Daten

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

## MVZ LABORZENTRUM Ettlingen GmbH

Otto-Hahn-Straße 18 · 76275 Ettlingen  
Telefon 07243 516-01 · Telefax 07243 516-637

Bitte dieses Feld

nicht bekleben,

sonst wird kein Barcode für den Laborinternen Barcode!

männl.

weibl.

Probenmaterial:

Abnahmedatum:

Vorabnachricht:  TEL:  FAX:

Diagnosen Befunde:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gewünschte Untersuchungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Nur für Rechnung an Patienten !

Ich beauftrage die MVZ Laborzentrum Ettlingen GmbH mit der Durchführung laborärztlicher Leistungen.  
Mir ist bekannt, dass ich diese vorgenannten Leistungen privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen habe.

Datum

Unterschrift Patient

Barcode-Etikett

hier einkleben

Datum:

Arztstempel und Unterschrift



D190210010178D