

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Labor Dr. Brunner

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL)

Rg an Patient Rg an Praxis

Angaben zum Entnahmedatum:

Angaben zum Entnahmezeitpunkt:

Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse und möchte folgende privatärztliche Leistungen in Anspruch nehmen:

Gewünschte Untersuchung: _____

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die obigen und umseitigen Leistungen nicht zum Leistungsumfang meiner Krankenversicherung gehören. Die Gebühren werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet und von mir getragen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten evtl. an ein Partnerlabor zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die im Labor Dr. Brunner nicht durchgeführt werden können, weitergeleitet werden.

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Einverständnis des Patienten:

Ort, Datum

Unterschrift

Praxisstempel