

Formular - Untersuchungsantrag für Selbstzahler

Institut für Klinische Chemie und Labormedizin

Patient / Selbstzahler

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Geschlecht: männlich weiblich
 divers

Telefonnummer: _____

Adresse: _____

Probenmaterial

Probenmaterial: _____

Entnahmedatum: ____ . ____ . ____

Entnahmezeit: ____ : ____

Bemerkungen: _____

Erklärung zur Datenverarbeitung und Befundübermittlung:

- Ich erkläre mich einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zum Zweck der Abrechnung an die PVS (Privatärztliche Verrechnungsstelle) übermittelt werden.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass die Befundübermittlung an den anfordernden Arzt erfolgt.

Datum

Unterschrift des Patienten

Folgende Informationen sind von dem anfordernden Arzt auszufüllen.

Bestimmung folgender Parameter:

Name des Arztes: _____

Telefonnummer der Praxis / Klinik: _____

Arbeitsadresse (zur Befundübermittlung): _____

Unterschrift des Arztes: _____