

IGeL						
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Vertragsarzt-Nr.						
						Datum

MVZ für Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie Koblenz–Mittelrhein

Dr.med. Dipl.-Chem. Rüdiger Walscheid • Axel Thuy • Dr.med. Martin Kirsch • Dr.med. Thomas Mertes Fachärzte für Laboratoriumsmedizin

Dr. med. Anja Wurzel

Andrea Grassl

Dr. med. Johannes Krebs

Fachärzte für Laboratoriumsmedizin

Prof. Dr. med. W.-D. Kuhlmann

Facharzt für Laboratoriumsmedizin

Bluttransfusionswesen

Dr. med. Peter Kleemann

Dr. med. Christina Dörrbecker

Fachärzte für Mikrobiologie und

Infektionsepidemiologie

Dr. med. Matthias Piroth

Facharzt für Laboratoriumsmedizin

Hämostaseseologie



Viktoriastraße 35-39 • 56068 Koblenz • Tel: 0261/30405-0 • Fax: 0261/30405-944 • callcenter@labor-koblenz.com • www.labor-koblenz.de

Einsender:

IGeL Anforderungsbogen

Barcode

humangenetische Analyse des ABCB1-Gens

Da es sich um eine humangenetische Analyse handelt, ist zwingend eine Einwilligungserklärung nach Gendiagnostikgesetz erforderlich und als Anlage beizufügen.

(download unter: www.labor-koblenz.de/download/Anforderungsscheine/)

Einverständniserklärung des Patienten

Ich wünsche die Durchführung der oben aufgeführten Leistungen. Mir ist bekannt, dass die Kosten von 145,72€ hierfür von mir selbst zu tragen sind und erkläre mich bereit, die Laborrechnung zu begleichen. Die Rechnungsadresse ist oben korrekt angegeben. Mir ist bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Ich wünsche dennoch für meine private Vorsorge darüber hinausgehende Leistungen. Ich bin eingehend von meinem Arzt/meiner Ärztin beraten worden und habe keine weiteren Fragen. Die Berechnung der Kosten erfolgt nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die ich in der Praxis einsehen kann. Die Höhe der Kosten ist mir bekannt. Die ermittelten Laborergebnisse werden dem behandelnden Arzt zugestellt. Die Absprache sowie die Unterzeichnung dieser Vereinbarung erfolgen vor der Erbringung der Leistungen

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift Arzt / Ärztin: _____

Unterschrift Patient/in: _____