

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 Fachärzte für Laboratoriumsmedizin

Dr. med. Thomas Mertes
Dr. med. Anja Wurzel
Andrea Grassl
Dr. med. Johannes Krebs
Dr. med. Mareen von Tettau
Fachärzte für Laboratoriumsmedizin

Prof. Dr. med. W.-D. Kuhlmann
Facharzt für Laboratoriumsmedizin
Bluttransfusionswesen
Dr. med. Matthias Piroth
Facharzt für Laboratoriumsmedizin
Hämostaseologie

Dr. med. Christina Dörbecker
Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie
und Infektionsepidemiologie
Dr. med. Benedikt Lohr
Facharzt für Laboratoriumsmedizin,
Mikrobiologie, Virologie und
Infektionsepidemiologie

Dr. med. Dr. med. vet. Carolin Ruckert
Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie
und Infektionsepidemiologie



Viktoriastraße 35-39 • 56068 Koblenz • Tel: 0261 / 30405-0 • Fax: 0261 / 30405-944 • callcenter@abor-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: _____