



Privat IGeL

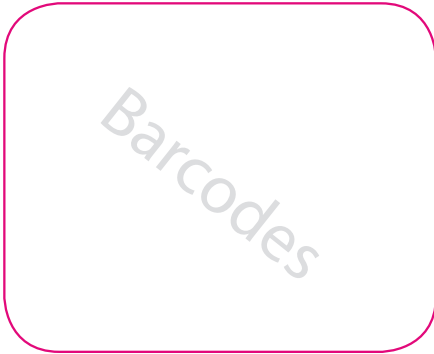
Name, Vorname des Patienten: _____

Adresse des Patienten: _____ Geburtsdatum: _____

_____ Datum _____

Anforderungsschein Micro-IDent

DNA-Nachweis parodontopathogener Markerkeime



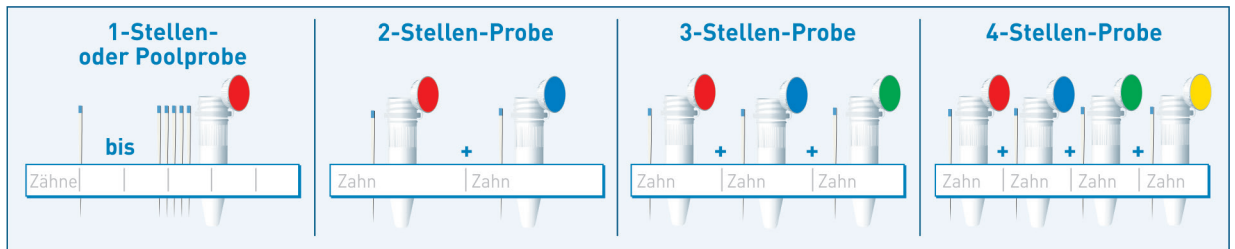
Angaben zu Praxis / Praxisstempel

(Angaben dienen der verwaltungstechnischen Abwicklung und Leistungsberechnung. Adressfeld entspricht Überweisungsscheinformat. Ausfüllen mit Drucker möglich)

Geschlecht: Weiblich Männlich

Datum der Probenentnahme

Maximale Taschentiefe

 mm


Auswahl der gewünschten Analyse durch Ankreuzen!

micro-IDent® (5 Markerkeime) <small>PARO</small>	<input type="checkbox"/> 52,47 €	<input type="checkbox"/> 104,94 €	<input type="checkbox"/> 157,41 €	<input type="checkbox"/> 209,88 €
micro-IDent® plus (11 Markerkeime) <small>PARO2</small>	<input type="checkbox"/> 81,61 €	<input type="checkbox"/> 163,22 €	<input type="checkbox"/> 244,83 €	<input type="checkbox"/> 326,44 €

Antibiotika Überempfindlichkeit bekannt: Nein Ja, gegen:

Rauchen Patient/in ist Raucher/in Patient/in ist Nichtraucher/in

Bemerkungen



Kontrollanalyse Max. 6 Monate nach Erstanalyse Auftrags-Nr.: _____ Datum: _____

Rechnung Die Rechnungsstellung erfolgt durch das Labor direkt an den Patienten!

Einverständniserklärung des Patienten

Ich wünsche die Durchführung der oben aufgeführten Leistungen. Mir ist bekannt, dass die Kosten hierfür von mir selbst zu tragen sind und ich 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 darüberhinausgehende 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 freiwillig vor der Erbringung der Leistungen.

Ort: _____ Datum: _____

Datum: _____

Unterschrift Arzt / Ärztin: _____

Unterschrift Patient/in: _____