Versichertendaten:

MVZ für Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie Koblenz - Mittelrhein
Dr. med. Dipl.-Chem. Rüdiger Walscheid
Laboratoriumsmedizin • Mikrobiologie • Infektionsepidemiologie • Bluttransfusionswesen • Hämostaseologie
Viktoriastraße 35-39 • 56068 Koblenz • Tel.: 0261 30405-0 • Fax: 0261 30405-944 • www.labor-koblenz.de

Anforderungsschein Micro-IDent

DNA-Nachweis parodontopathogener Markerkeime

Barcodes

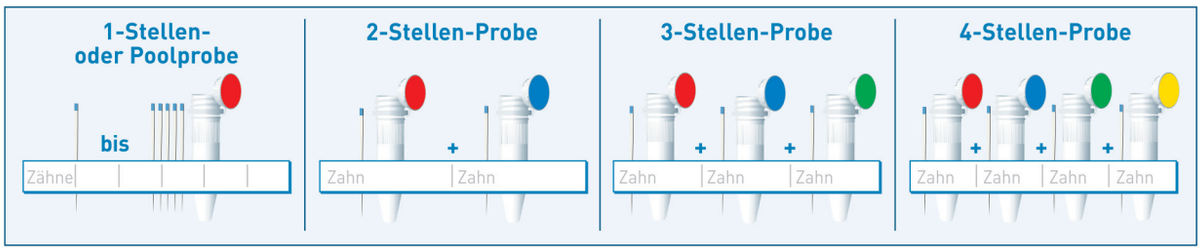
Angaben zu Praxis / Praxisstempel

Geschlecht: ☐ Weiblich ☐ Männlich

Datum der Probenentnahme

Maximale Taschentiefe

mm



Auswahl der gewünschten Analyse durch Ankreuzen!

micro-IDent® (5 Markerkeime) PARO	☐ 52,47 €	☐ 104,94 €	☐ 157,41 €	☐ 209,88 €
micro-IDent®plus (11 Markerkeime) PARO2	☐ 81,61 €	☐ 163,22 €	☐ 244,83 €	☐ 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: _____

Unterschrift Arzt / Ärztin: _____ Unterschrift Patient/in: _____