

Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen oder DRUCKEN!

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____

Anschrift _____

E-Mail _____ Telefon / Mobil _____

Untersuchungsauftrag

Praxis
 Prof. Dr. med. M. Kramer
 Facharzt für Laboratoriumsmedizin
 Mönchhofstraße 52, 69120 Heidelberg
 info@mdkramer.de
 Telefon: 06221-3218888
 Telefax: 06221-3218882

Barcode-Labor

Erstuntersuchung Größe (cm)

Männlich Weiblich Gewicht (kg)

Kontrolle Datum

Pat.-Nr. (LABOR)

Einsenderstempel

Kostenträger

Privatpatient

Selbstzahler

Einsender

Rechnung mit MwSt.
Falls Leistungen nicht therapeutisch indiziert sind!

Diagnose / Wichtige Angaben / Zusätzliche Untersuchungen:

	Einzelparameter	GOÄ 1,0	GOÄ 1,15
<input type="checkbox"/>	IgA-Autoantikörper gegen Transglutaminase 6 (TG6)	€ 26,23	€ 30,17
<input type="checkbox"/>	IgG-Autoantikörper gegen Transglutaminase 6 (TG6)	€ 26,23	€ 30,17
<input type="checkbox"/>	IgA-Autoantikörper gegen Transglutaminase 3 (TG3)	€ 26,23	€ 30,17

mind. 2 ml Serum im Versandröhrchen einschicken

Patienten-Vereinbarung

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zu der veranlassten Untersuchung.
 Die Liquidation dieser Leistung erfolgt auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
 Die Abrechnung der durchgeführten Leistungen erfolgt durch Prof. Dr. med. M. Kramer.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/in
