

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Anschrift

E-Mail

Telefon / Mobil

Untersuchungsauftrag

Praxis Prof. Dr. med. M. Kramer
Facharzt für Laboratoriumsmedizin
c/o MVZ Dermatohistopathologie HD
Im Neuenheimer Feld 582, 69120 Heidelberg

info@mdkramer.de
Telefon: 06221-3218888
Telefax: 06221-3218882

Barcode-Labor

Pat.-Nr.
(LABOR)

☐ Erstuntersuchung

☐ Größe (cm)

☐ Männlich ☐ Weiblich

☐ Gewicht (kg)

☐ Kontrolle

☐ Datum

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
☐	IgA-Autoantikörper gegen Transglutaminase 6 (TG6)	€ 26,23	€ 30,17
☐	IgG-Autoantikörper gegen Transglutaminase 6 (TG6)	€ 26,23	€ 30,17
☐	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