


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Auftragsnummer des Labors



Hier bitte sorgfältig  
Barcode-Etikett einkleben!

**Kostenträger**

Rechnung an Patienten

**Probennahme**

Abnahmedatum

--	--	--	--	--	--

Abnahmezeit

--	--	--	--

Patienten-ID / DFÜ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geschlecht

Klinische Angaben, Diagnose, Therapie, Vorbefunde

**Achtung: Einzelauftrag notwendig, bitte eine extra Barcode-Nr. verwenden!**

Einsender

Anmerkungen

## Zecke IGeL (Selbstzahler)

Bitte kreuzen Sie die gewünschte Analyse an:

zusätzliche Befundübermittlung:

Nachweis von Borrelien-DNA aus der Zecke 35,00 €

Befundkopie an den Patienten

Nachweis von FSME-Virus-RNA aus der Zecke 50,00 €

*Alle Preise sind inkl. der aktuell geltenden MwSt.*

Hiermit beauftrage ich die Durchführung der auf dem Auftragschein angegebenen labormedizinischen Untersuchungen als Selbstbeauftragung. Ich willige ein, dass - sofern im Rahmen des Behandlungsverhältnisses erforderlich - meine Daten und abgegebenen Proben an ein anderes medizinische Labor übermittelt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich die von mir gewünschten Leistungen privat zu bezahlen habe. Ebenso werden die von mir in Auftrag gegebenen Leistungen unter Umständen nicht durch meine private Krankenkasse erstattet. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen oder privaten Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenbeteiligung habe. Mit der Abrechnung durch die MVZ Medizinisches Labor Nord MLN GmbH erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_



0045 1220 01