

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

86154 Augsburg • August-Wessels-Straße 5
www.schottdorf.de • labor@schottdorf.de

Telefon 0821 / 4201 - 0
Telefax 0821 / 41 79 92

Hier bitte Arzt/Patientenbarcode aufbringen



Tagesnummernbarcode



weiblich männlich

Rechnung an Einsender
 Rechnung an Patient

Abnahmezeitpunkt
Datum / Uhrzeit: _____

Anforderung einer genetischen Untersuchung

Faktor V Leiden-Mutation

Prothrombin-Dimorphismus

Klinische Angaben / Verdachtsdiagnose:

Einwilligungserklärung des Patienten

Hiermit bestätige ich, dass

ich von meinem behandelnden Arzt über Aussagekraft und Konsequenzen der angeforderten genetischen Untersuchung(en) aufgeklärt wurde, dass mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt wurde und ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann, die Untersuchung abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird.

Zusätzlich erkläre ich mein Einverständnis mit folgenden Vorgehensweisen (Zutreffendes anstreichen):

Nach Abschluss der Analyse kann das Probenmaterial für 7 Tage aufbewahrt werden, damit ggf. weitere Untersuchungen nachgefordert werden können oder Kontrolluntersuchungen möglich sind.

Bei Gemeinschaftspraxen:

Die Mitteilung der Untersuchungsergebnisse darf an mitbehandelnde Ärzte der Gemeinschaftspraxis oder deren Vertreter erfolgen.

Ort, Datum

Überweisender Arzt:

Unterschrift Patientin/Patient bzw. Erziehungsberechtigte/r

Bitte Stempel und Unterschrift

Original für Labor