Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname und Adresse der Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

ZENTRUM FÜR HUMANGENETIK UND LABORATORIUMSDIAGNOSTIK (MVZ)
Dr. Klein, Dr. Rost und Kollegen
Lochhamer Str. 29 - 82152 Martinsried

SIF - Barcode

Humangenetik
Laboratoriumsmedizin
Transfusionsmedizin
Pathologie
Mikrobiologie/Virologie

Untersuchungsauftrag
Coronavirus SARS-CoV-2 PCR und Antikörper

Abnahmedatum | Abnahmezeit

Anfordernde Praxis

Abrechnung ☐ Gesetzliche Krankenkasse (GKV) ☐ Private Krankenkasse (PKV) ☐ IGeL-Leistung

Rechnungsanschrift Rechnung an ☐ Patient ☐ Praxis ☐ folgende Adresse

Mikrobiologische Untersuchung
☐ Untersuchung auf SARS-CoV-2 (PCR)

infektiös

Serologische Untersuchung
☐ Untersuchung auf SARS-CoV-2 Antikörper

infektiös

Kostenübernahmeerklärung IGeL (obligat)

Nach Aufklärung über die medizinische Bedeutung der Untersuchung(en) möchte ich die markierte(n) Leistung(en) in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass durch die Inanspruchnahme der aufgeführten Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen kein Erstattungsanspruch besteht. Die Kosten dieser Leistung(en) trage ich selbst. Die Untersuchungsergebnisse werden dem behandelnden Arzt zugestellt.

Bitte beachten Sie, dass zusätzlich zu den o.a. Preisen je Auftrag Auslagen in Höhe von 4,50 € berechnet werden.

Ort, Datum

✗ Unterschrift Patient/in