

P R I V A T



**LABOR
AUGSBURG MVZ**

Ihr Labor - Kompetenz & Service

Labor Augsburg MVZ GmbH
MVZ Labor Bochum MLB GmbH
Labor Hannover MVZ GmbH

Privatpatienten

Bitte nicht für Kassenpatienten verwenden!

Labor Mainz MVZ GmbH
Labor an der Salzbrücke MVZ GmbH

Name, Vorname, Anschrift des Patienten

geb. am

Hier bitte Arzt/Patientenbarcode aufbringen



Tagesnummernbarcode



Geschlecht

Rechnungsstellung an:

Patient

*Einsender

BG

Befund:

2-fach

Abnahmedatum

T T M M J J

Abnahmezeit

h h m m

*nur für Studien, arbeitsmedizinische Untersuchungen und Gutachten

Befund eilt

Kontrolluntersuchung
bekannte Infektion

Verdachtsdiagnose

Anforderung

Ich bin damit einverstanden, dass die angeforderten Leistungen in einem Labor der Laborgruppe Augsburg (die Labore sind oben genannt) durchgeführt werden und meine personenbezogenen Daten in diesem Zusammenhang an die Laborgruppe weitergegeben und dort verarbeitet werden. Diese Einwilligung umfasst auch eine Weiterüberweisung an kooperierende Labore mit Spezialdiagnostik (Liste einsehbar unter www.labor-augsburg-mvz.de/diagnostik/fremdlabore) sowie den konsiliarischen Austausch der behandelnden Ärzte untereinander. Die Leistungen werden privatärztlich nach GOÄ liquidiert und sind von mir unabhängig von der Erstattung durch meine private Krankenversicherung zu begleichen.

Arztstempel und Unterschrift überw. Arzt

Datum: _____ Unterschrift Patient: _____