

IGel:		
Name, Vorname d. Versicherten		
		geb. am:
Kassen - Nr.:	Versicherten - Nr.:	Status
Betriebsstätten - Nr.:	Arzt-Nr.:	Datum:
<b>Individuelle Gesundheitsleistung</b>		

⚠ **Hinweis:** Die Privatzuweisung kann nach Muster 6 des ÜS (4.2011) bedruckt werden

<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> präventiv	<input type="checkbox"/> sonstige Hilfen	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallsfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überweisung an			<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistung	<input type="checkbox"/> Konsiliar - untersuchung	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiter - behandlung	AU bis			

**Auftrag** (bitte auch wichtige Befunde / Medikation angeben) Diagnose / Verdacht:

**Erbitte histologische**  **zytologische**  **Untersuchung**

Institut für Pathologie  
am Eisapark  
  
Dr.med. Joachim Uhl  
Facharzt für Pathologie u. Dermatologie  
  
Dr.med. Hans Nennung  
Dr.med. Winfried Hindermann  
Dr.med. Alexander Schütz  
Fachärzte für Pathologie  
  
Elsastraße 1, 04315 Leipzig  
☎ (0341) 64 94 10 📠 (0341) 64 94 111

Rechnung:  direkt an Patient  
 via behandelnden Arzt

**Patienteninformation:**

*Ich wurde durch meinen behandelnden Arzt über die medizinische Notwendigkeit der Durchführung o. g. histologisch - pathologischer Gewebsuntersuchung informiert und erkläre hierzu mein Einverständnis.*

*Mir ist bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse nicht verpflichtet ist, eine medizinisch sinnvolle, aber nicht zwingend notwendige Leistung oder Teil davon zu erstatten, die erbrachten Untersuchungsleistungen nach der derzeit gültigen "Gebührenordnung für Ärzte" (GOÄ) berechnet werden und ich der Rechnungsempfänger bin.*

*Außerdem erkläre ich hiermit mein Einverständnis, dass alle zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten an die betreffenden Stellen weitergegeben werden.*

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder Empfangsberechtigten

Stempel & Unterschrift des Arztes

© R.Groer - Muster 2, 2011

Ort, Datum

*Außerdem erkläre ich hiermit mein Einverständnis, dass alle zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten an die betreffenden Stellen weitergegeben werden.*  
*Mir ist bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse nicht verpflichtet ist, eine medizinisch sinnvolle, aber nicht zwingend notwendige Leistung oder Teil davon zu erstatten, die erbrachten Untersuchungsleistungen nach der derzeit gültigen "Gebührenordnung für Ärzte" (GOÄ) berechnet werden und ich der Rechnungsempfänger bin.*  
*Ich wurde durch meinen behandelnden Arzt über die medizinische Notwendigkeit der Durchführung o. g. histologisch - pathologischer Gewebsuntersuchung informiert und erkläre hierzu mein Einverständnis.*

**Patienteninformation:**

Rechnung:  direkt an Patient  
 via behandelnden Arzt

Stempel & Unterschrift des Arztes

Institut für Pathologie  
am Eisapark  
Dr.med. Joachim Uhl  
Facharzt für Pathologie u. Dermatologie  
Dr.med. Hans Nennung  
Dr.med. Winfried Hindermann  
Dr.med. Alexander Schütz  
Fachärzte für Pathologie  
Elsastraße 1, 04315 Leipzig  
☎ (0341) 64 94 10 📠 (0341) 64 94 111

© R.Groer - Muster 2, 2011

<b>Individuelle Gesundheitsleistung</b>		
Name, Vorname d. Versicherten		IGel:
geb. am:		
Kassen - Nr.:	Versicherten - Nr.:	Status
Betriebsstätten - Nr.:	Arzt-Nr.:	Datum:

**Erbitte histologische**  **zytologische**  **Untersuchung**

**Auftrag** (bitte auch wichtige Befunde / Medikation angeben) Diagnose / Verdacht:

<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> präventiv	<input type="checkbox"/> sonstige Hilfen	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallsfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überweisung an			<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistung	<input type="checkbox"/> Konsiliar - untersuchung	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiter - behandlung	AU bis			

⚠ **Hinweis:** Die Privatzuweisung kann nach Muster 6 des ÜS (4.2011) bedruckt werden