

IGel:

Name, Vorname d. Versicherten
geb. am:

Kassen - Nr.: Versicherten - Nr.: Status

Betriebsstätten - Nr.: Arzt-Nr.: Datum:

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

Kurativ präventiv sonstige Hilfen bei belegärztl. Behandlung

Unfall Unfallsfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an

Ausführung von Auftragsleistung Konsiliar - untersuchung Mit-/Weiter - behandlung

AU bis

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

Individuelle Gesundheitsleistung

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

| GOÄ | Leistung | Faktor | Honorar |
|-----------|--|--------|---------|
| 4800 | Histologische Untersuchung eines Materials | 2,3 | 29,10 € |
| §10 Abs.2 | Kosten für Material und Versand | | 5,90 € |
| | Rechnungsbetrag | | 35,00 € |

Überörtliche Gemeinschaftspraxis
Dr.med. Winfried Hindermann
Dr.med. Alexander Schütz
Dr.med. Alexandra Weidel
Dr.med. Uwe Gütz
Dr.med. Christoph Kubick
Fachärzte für Pathologie
Hauptbetriebsstätte
Institut 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 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.

Stempel & Unterschrift des Arztes

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder Empfangsberechtigten

E. R. Groer - Muster 12- 01/2024

Stempel & Unterschrift des Arztes

Ort, Datum Unterschrift des Patienten oder Empfangsberechtigten

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 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.

Patienteninformation:

Rechnung: direkt an Patient
 via behandelnden Arzt

| GOÄ | Leistung | Faktor | Honorar |
|-----------|--|--------|---------|
| 4800 | Histologische Untersuchung eines Materials | 2,3 | 29,10 € |
| §10 Abs.2 | Kosten für Material und Versand | | 5,90 € |
| | Rechnungsbetrag | | 35,00 € |

Individuelle Gesundheitsleistung

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

Name, Vorname d. Versicherten
geb. am:

Kassen - Nr.: Versicherten - Nr.: Status

Betriebsstätten - Nr.: Arzt-Nr.: Datum:

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

Kurativ präventiv sonstige Hilfen bei belegärztl. Behandlung

Unfall Unfallsfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an

Ausführung von Auftragsleistung Konsiliar - untersuchung Mit-/Weiter - behandlung

AU bis

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

E. R. Groer - Muster 12- 01/2024