

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

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

Kurativ
 präventiv
 sonstige Hilfen
 bei belegärztl. Behandlung

Unfall Unfallfolgen
 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:

Erbitte histologische c zytologische c Untersuchung

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 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

E. R. Groer - Muster 3-01 /2024

E. R. Groer - Muster 3-01 2024

Stempel & Unterschrift des Arztes

Ort, Datum
 Unterschrift des Patienten oder Empfangsberechtigten
 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.

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

Individuelle Gesundheitsleistung

IGel:	
Name, Vorname d. Versicherten	
geb. am:	
Kassen - Nr.:	Versicherten - Nr.:
Status	
Arzt-Nr.:	Datum:
Betriebsstätten - Nr.:	

Erbitte histologische c zytologische c Untersuchung

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

Kurativ
 präventiv
 sonstige Hilfen
 bei belegärztl. Behandlung

Unfall Unfallfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an

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

AU bis