

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 Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an

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

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

Erbitte histologische Untersuchung

Individuelle Gesundheitsleistung

15,00 €

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.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder Empfangsberechtigten

Stempel & Unterschrift des Arztes

E. R. Groer - Muster 4 - 01/2024

Unterschrift des Patienten oder Empfangsberechtigten

Ort, Datum

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

15,00 €

Erbitte histologische Untersuchung

Individuelle Gesundheitsleistung

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

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

Kurativ präventiv sonstige Hilfen bei belegärztl. Behandlung

Überweisung an

Unfall Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

AU bis

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

E. R. Groer - Muster 4 - 01/2024

Stempel & Unterschrift des Arztes

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