

Kostenträger / Station	
Name, Vorname des Patienten	geb. am



LABOR LADEMANNBOGEN

MEDIZINISCHE EXPERTISE

Labor Lademannbogen MVZ GmbH
Professor-Rüdiger-Arndt-Haus
Lademannbogen 61-63 Tel.: (040) 53805 0
22339 Hamburg www.labor-lademannbogen.de

Praxis/Klinik-Stempel oder Angabe in Druckbuchstaben:

sofern bekannt: Einsender-Nr.:

Bitte teilen Sie uns bei Ihrer ersten Einsendung Ihre **Faxnummer zur Befundzustellung** mit:

Medizinische* **Drogenanalytik im Urin / Speichel / Blut** (IGeL/GoÄ)

*: Die mit diesem Auftragschein anforderbaren Analysen sind für eine MPU u.a. forensisch-toxikologische Zwecke ungeeignet!
Zur Verwendung des Ruma-Markers ist dieser Schein ungeeignet. Bitte kontaktieren Sie uns bei Bedarf unter 040 / 53805-804.

Angaben zum eingesandten Material:

- Urin Speichel: Abnahmesystem:
- Serum EDTA-Plasma Li-Heparin-Plasma
- Kapillarblut (K): Abnahmesystem:
- Dried Blood Spot / Trockenblutkarte (DBS)

Bemerkungen:

Mir ist bekannt, dass ich die von mir gewünschten individuellen Gesundheitsleistungen privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen habe, da diese Leistungen als Wunschleistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Mit der Abrechnung nach GOÄ durch die beauftragte Laborarzt-Praxis erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenbeteiligung habe.

Ort, Datum

Unterschrift

