

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Pränatale Risikobestimmung

Ersttrimester-Screening

PAPP-A* + Freies β -HCG*
(11.-13. SSW)

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

Untersuchung	GOÄ-Ziffer
PAPP-A	4044
Freies β -HCG	4024

Preis:
ca. 30 €
unter Vorbehalt, da Fremdleistung

*Dieser Parameter wird fremdversendet, Rechnungsstellung folgt seperat

Einverständniserklärung der Patientin (IGeL - Individuelle Gesundheitsleistungen)

Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag erforderlichenfalls ganz oder teilweise an ein Kooperationslabor weitergeleitet wird, das mir auf Anfrage mitgeteilt wird. Mir ist bekannt, dass das Facharzt- bzw. Kooperationslabor die erbrachten Leistungen mit einer gesonderten Rechnung gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unmittelbar mit mir abrechnet. Ich erkläre hiermit meine jederzeit widerrufliche EINWILLIGUNG zur Weitergabe und Speicherung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Auftragsdatenverarbeitung sowie der Abrechnung an bzw. durch das IFLb Laboratoriumsmedizin Berlin GmbH, Windscheidstraße 18 in 10627 Berlin.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin
ggf. Erziehungsberechtigte(r) / gesetzliche(r) Vertreter(in)

Praxisstempel

IFLb

IFLb LABORATORIUMSMEDIZIN BERLIN GMBH

IFLb Laboratoriumsmedizin Berlin GmbH

IFLb MVZ
Wohlrabadamm 8
10629 Berlin

www.iflb.de

Tel.: +49 (0) 30 327 903 - 0
Fax: +49 (0) 30 327 903 -90
E-Mail: info@iflb.de

in Zusammenarbeit mit

VbL

VEREINIGTE BERLINER
LABORGEMEINSCHAFT

Wohlrabadamm 8
13629 Berlin
Tel.: 030 327 903 - 0
Fax: 030 323 903 - 90

LGMVP

LABORGEMEINSCHAFT DER ÄRZTE
MECKLENBURG-VORPOMMERN

Ihlenfelder Straße 75
17034 Neubrandenburg
Tel.: 0395 455 70 - 0
Fax: 0395 455 70 - 90

Das Labor.