



Auftragsnummer:

Name

Bitte in BLOCKSCHRIFT

Vorname

Bitte in BLOCKSCHRIFT

Soz. Vers. Nr.

--	--	--	--

Vers. Nummer

--	--	--	--	--	--

T T M M J J

Geburtsdatum

Strasse

Bitte in BLOCKSCHRIFT

PLZ

Ort

Bitte in BLOCKSCHRIFT

Telefon

**Nur wenn Rechnungsadresse abweicht**

**Rechnung an:**

**Befund:**

wird abgeholt

per Post

per Patientenportal

per E-Mail

@

Bitte in BLOCKSCHRIFT

oder an Arzt bzw. Auftraggeber

**Honorarnote:**

wird abgeholt

per Post

per E-Mail (siehe oben)

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten, (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten können und diese Daten verändert werden können. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann. Diese Einwilligung gilt nur für die Übermittlung dieses aktuellen Laborauftrages.

**Analysen:**

Ich beauftrage das Labor Dr. Philadelphy mit obigem Laborbefund auf privater Basis (keine Kassendirektverrechnung). Ich bin mit der Übermittlung meines Befundes an den angegebenen Arzt/Auftraggeber einverstanden.

Datum:

Unterschrift: