



**Labor  
Dr. Philadelphy**

Andreas-Hofer-Str. 28  
6020 Innsbruck  
Tel: +43 (0)512 582021  
Fax: +43 (0)512 582021 20

**Privatuntersuchung vom** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

GebDat \_\_\_\_\_ Vers.Nr. \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ Hnr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**Befund:**

wird abgeholt

per E-Mail  Einwilligungserklärung beiliegend

per Post

an Arzt  
bzw. Auftraggeber: \_\_\_\_\_

**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.***

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**