



Untersuchungsauftrag: G6PD-Test

G6PD 1.1 Std. 06/2017



Telefon:

Fax:

Befundfax:

--	--

Dieser Bereich ist nur vom Labor auszufüllen!

Daten des zu untersuchenden Kindes

Familiename

Geburtsdatum

Vorname(n)

männl. weibl. unbest

Tag der Blutentnahme

Gewünschte Untersuchung	GOÄ	Faktor	
<input type="checkbox"/> Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase (G6PD)	GOÄ A3786	1,15-fach	14,75 €
Versand- u. Materialkosten	§ 10		3,84 €
			18,59 €
Stand 06/2017, Änderungen vorbehalten!			
<input type="checkbox"/> Vom Labor angeforderte Kontrolle zur vorherigen Labornummer			<input type="text"/>

Die Information zum G6PD-Test habe ich gelesen und verstanden. Mir ist bekannt, dass die Tests für mein Kind von mir bezahlt werden müssen und mit einer Erstattung durch die gesetzlichen Kassen nicht gerechnet werden kann.

Ich/wir stimme(n) der Untersuchung sowie der Weitergabe einer Befundkopie an den einsendenden Arzt bzw. das einsendende Krankenhaus zu.

Rechnungsanschrift:

Name

Vorname

Strasse

PLZ

Ort

Telefon (für evtl. Rückfragen)

Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten/Kostenpflichtigen