

NACHFORDERUNGSSCHEIN

für aktuellen Laborauftrag, per Fax:

089 / 89 55 78 - 793

MVZ Martinsried GmbH
Lochamer Str. 29
82152 Martinsried
GERMANY
Tel.: +49 89 895578-0
Fax: +49 89 895578-780
info@medicover-diagnostics.de
www.medicover-diagnostics.de



AUFTRAG	EINSENDER (STEMPEL)
Ihr Laborbuch-Barcode: _____ Unsere Auftragsnummer: 2 _____ - _____	 bitte immer mit angeben

PATIENT:IN	
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	

ABRECHNUNG	
(bitte unbedingt angeben)	
<input type="checkbox"/> Kassenauftrag	<input type="checkbox"/> IGeL-Auftrag <input type="checkbox"/> Privatrechnung <input type="checkbox"/> Laborgemeinschaft
Bei Selbstzahler oder PKV: Der/die Patient:in wurde über die unten stehende Ergänzung des oben angegebenen Auftrages und die dadurch entstehenden zusätzlichen Kosten informiert und ist damit einverstanden.	
Ort, Datum	X Unterschrift Patient:in oder gesetzlicher Vertreter:in

ANFORDERUNG / PARAMETER:	
<input type="checkbox"/> Eilt	

Nachforderungen sind je nach Parameter nur innerhalb einer bestimmten Zeitspanne möglich und setzen ausreichend Restmaterial voraus. Probenstabilitäten zu jeder Untersuchung sind im Leistungsverzeichnis auf unserer Homepage angegeben: www.medicover-diagnostics.de

Sollte nicht mehr ausreichendes und/oder geeignetes Restmaterial vorhanden sein, erhalten Sie ein/en Rückruf/-fax des Labors.