

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

**Auftragsnummer des Labors**

---

**MVZ Düsseldorf-Centrum - LIMIS ID 9689**



Arztstempel

## ANFORDERUNGSSCHEIN ANTIKÖRPERTEST COVID-19 | IgM- | IgG-Anti-SARS-CoV2 IGeL und Selbstzahler

<input type="checkbox"/>	IgG - Anti-SARS-CoV2	Kosten: € 17,50
<input type="checkbox"/>	IgM - Anti-SARS-CoV2	Kosten: € 17,50

Patient|in  w  m

**UNTERSUCHUNGSMATERIAL: 1 ml Serum**

Entnahmedatum: ..... Uhrzeit der Entnahme: .....

**Patient|innenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung medizinischer Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung:**  
 Dem/der oben genannten Patient/in ist bekannt, dass die Krankenkasse, bei der er/sie versichert ist, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und sicherstellt. Die auf diesem Anforderungsschein aufgeführten Analysen unterliegen als private Vorsorgeuntersuchungen nicht der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Dennoch wünscht der/die Patientin, dass die Ärzte des Labor ZOTZ|KLIMAS - MVZ Düsseldorf-Centrum, die auf diesem Anforderungsschein ausgewählten Gesundheitsleistungen für ihn/sie privat erbringen. Die beauftragten Laboruntersuchungen werden durch das Labor direkt mit dem/der Patientin abgerechnet.

**Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht**  
 Hiermit entbindet der/die o.g. Patientin, das Labor ZOTZ|KLIMAS - MVZ Düsseldorf-Centrum zum Zwecke einer Befundmitteilung per Mail / Telefon von der ärztlichen Schweigepflicht. Dem/der Patientin ist bekannt, dass diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

**Vom einsendenden Arzt auszufüllen**

<p>..... Datum</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> .....</p> <p>..... Telefonnummer für Rückfragen und/oder Befundmitteilung*</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> .....</p> <p>..... Faxnr. für Befundübermittlung*</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> .....</p> <p>..... Email für Befundübermittlung*</p>	<p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></p> <p>..... Unterschrift des einsendenden Arztes</p> <div style="border: 1px dashed black; border-radius: 15px; height: 100px; width: 90%; margin: 10px auto;"></div> <p style="text-align: right; font-size: small;">Arzt- Praxisstempel</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

\* Hiermit erkläre ich mich mit der Befundübermittlung per Fax, Telefon und/oder Email gemäß DSGVO sowie der Kostenübernahme einverstanden.

ja  nein

---

Unterschrift der/s Patientin / Patienten