

Einsender:

Entnahmedatum / Uhrzeit: _____

Selbstzahler/IGeL

Privatpatient

Untersuchungsanforderung Lymphozytotoxizitätstest (LCT)

Patientin:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift:

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Partner:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Indikation:

Untersuchung:

Lymphozytotoxizitätstest mit Partner

Patientenerklärung (nur für IGeL – Individuelle Gesundheitsleistungen)

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse beauftrage ich die Veranlassung einer laborärztlichen Leistung. Mir ist bekannt, dass die gesetzliche Krankenkasse nicht verpflichtet ist, die Kosten der von mir beauftragten Leistungen ganz oder anteilig zu übernehmen.

Ich werde die Kosten dieser Leistung selbst tragen und bin mit der Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Höhe von € 67,03 einverstanden. Die ermittelten Laborergebnisse werden dem beratenden Arzt zugestellt.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin

Bitte stellen Sie für die Versendung folgende Dokumente und Proben zusammen:

- **Untersuchungsanforderung**
- **Probenmaterial mit Namen und Geburtsdatum beschriftet:**
 - **Patientin:** mind. 1 ml Serum
 - **Partner:** mind. 2 ml Lithium-Heparin-Blut

Wichtig!

Heparin-Blut bitte nicht kühlen, Proben müssen innerhalb von 24h im Labor sein.