

Name, Vorname, Adresse des Patienten



Untersuchungsauftrag für Selbstzahler und stat. Patienten

DR. MED. STEFFEN SPRANGER  
DR. MED. MARTINA SPRANGER-PFALLER  
DR. MED. LAURA ARTZ

Lindberghstr. 9 – 13 85051 Ingolstadt  
Tel.: (0841) 9739-20 Fax: -29 Notruf: -992 Email : info@ingolab.de  
Sprechstunden: Mo – Fr 9 – 12 Uhr und nach Vereinbarung  
Materialannahme: Mo – Fr 8 – 15 Uhr, Briefkasteneinwurf jederzeit

Barcode bitte hier einkleben!



EILT!  Befund per Telefon  Befund per Fax

Entnahme \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_:\_\_\_\_\_

**Rechnung an**

- Praxis / Klinik
- Patient
- Praxis („§ 73b“)

Diagnose / Klin. Angaben / Vorbefunde
Gewünschte Untersuchungen

Praxisstempel / Unterschrift

Mir ist bekannt, dass die Kosten hierfür von mir selbst zu tragen sind. Die Höhe der Kosten ist mir bekannt. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die für mich erforderlichen Laboruntersuchungen in einer externen Laborarztpraxis durchgeführt werden. Dafür erkläre ich mein Einverständnis.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_