

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Tel.-Nr. der Patientin:.....

Untersuchungsauftrag

AFP- Serumdiagnostik zum Ausschluss einer Spina bifida

(Bestimmung von Alpha-Fetoprotein aus Blutserum in der 16. – 18. SSW)

Versicherungsart: gesetzlich **23,00 €**
 privat **35,04 €**

Datum der Blutentnahme:.....ET nach Ultraschall:.....

Gewicht bei Entnahme: Diabetes: ja nein

Einsend. Arzt (Stempel):

Rechnung an:
 Patientin

Bitte beachten Sie: Bei einer Geminigravidität ist eine Serum-AFP-Bestimmung nicht möglich.

Einverständniserklärung

- ▶ In Kenntnis meines Anspruches auf notwendige und wirtschaftliche Behandlungsweise zu kassenärztlichen Bedingungen wünsche ich obengenannte Privat- bzw. Wahlleistungen.
- ▶ Mir ist bekannt, dass medizinisch nicht dringend erforderliche Leistungen von der Krankenkasse nicht erstattet werden.
- ▶ Als Privatpatient bin ich mit Privatliquidation nach GOÄ einverstanden.

Datum / Unterschrift der Patientin:

.....