

Einwilligung zur histologischen / zytologischen Untersuchung



Dr. med. B. Bier
Priv.-Doz. Dr. med. E. Eitze
Prof. Dr. med. W. Püschel*
Dr. med. O. Scherr

Name, Vorname des Patienten	geb. am
Straße	
PLZ / Wohnort	

Institut für Pathologie Saarbrücken-Rastpfuhl

Klinische, molekulare und Zyto-Pathologie

Gemeinschaftspraxis für Pathologie

***Angestellter Arzt i. S. v. § 32 (2) Ärzte-ZV"

Rheinstraße 2, 66113 Saarbrücken

Telefon 06 81 / 99 27 110

Telefax 06 81 / 99 27 109

eMail: sekretariat@pathologie-saarbruecken.de

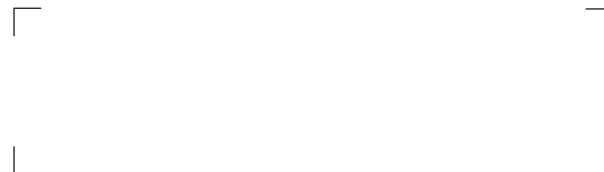
www.pathologie-saarbruecken.de

Ambulante Behandlung / Operation am: _____

Ich wurde durch meinen behandelnden Arzt über die medizinische Notwendigkeit der Durchführung einer histologisch-pathologischen Gewebeuntersuchung oder zytologischen Untersuchung informiert und erkläre hierzu mein Einverständnis.

Mir ist bekannt, dass die erbrachten Untersuchungsleistungen nach der derzeit gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden und ich der Rechnungsempfänger bin.

Außerdem erkläre ich hiermit mein Einverständnis, dass alle zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten an die betreffenden Stellen weitergeleitet werden.



Barcode-Etikett (nur für Pathologie, Feld bitte freilassen)

--

Stempel / Unterschrift (behandelnder Arzt)