

Einverständniserklärung

Patientenname:
(Name, Vorname)

Geburtsdatum:

Geschlecht:

M: ☐ / W: ☐

Anschrift:
(Straße Nr.)

(PLZ, Ort)

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Befund per E-Mail

☐

Ärztliche Beratung

☐

Befund per Post

☐

Große ärztl. Beratung

☐

Rechnung per Post *

☐

Blutentn. MFA-Kürzel

Befund per Abholung

☐

IMD Laborkosten

Bezahlt

☐

Bitte bringen Sie zur Blutentnahme ein gültiges Ausweisdokument mit!

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung folgender Laboruntersuchungen durch das IMD Labor Frankfurt GmbH bzw. durch weitere Unterauftragsnehmer (Fremdlabore) *:

Untersuchung:

Bemerkung:

Ich bin damit einverstanden, von diesem Labor bzw. dem Fremdlabor eine privatärztliche Rechnung über die o.g. Leistungen zu erhalten. Über die Kosten der Untersuchungen wurde ich informiert, ebenso darüber, dass ich vom Fremdlabor eine eigenständige Rechnung bekomme.

Ergänzung für IGeL-Leistungen: Ich bin ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass meine gesetzliche Krankenversicherung diese Leistungen nicht bezahlen wird, da es sich um medizinisch nicht indizierte Untersuchungen im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung handelt.

Datenschutz: Ich habe das Infoblatt „Patienteninformation zum Datenschutz“ zur Kenntnis genommen.

Datum:

Unterschrift des Patienten

* Bei Wohnsitz im Ausland ist nur Barzahlung möglich, keine Durchführung von Fremdleistungen.