

# Untersuchungsauftrag für privatärztliche pathologisch-histologische Untersuchungen

An Kooperationspartner Pathologie:



**PATHOLOGIE**  
Dres. med. Sturm

Leubener Str. 12, 01279 Dresden  
Tel. 0351/2571614 | Fax: 0351/2510428  
[sekretariat@pathologie-sturm.de](mailto:sekretariat@pathologie-sturm.de)  
[www.pathologie-sturm.de](http://www.pathologie-sturm.de)

Hiermit wird bestätigt, dass die Patientin/der Patient gemäß § 4 (5) GOÄ darüber informiert wurde, dass die Untersuchungen unmittelbar durch den Laborinhaber berechnet werden!

-----  
Name, Vorname

geb. am

## Gewünschte Rechnungs-Zusendung:

-----  
E-Mail-Adresse

**oder**

-----  
Rechnungsanschrift

-----  
Besonderheiten z. Tarif (z. B. Basis-/Standardtarif – **Nachweise beifügen!**)

## Patientenerklärung:

Mir ist bekannt, dass ich von o. g. Laborinhaber für die beauftragten erforderlichen pathologisch-histologischen Untersuchungen eine gesonderte Honorarabrechnung nach der aktuellen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erhalten werde.

Ich bin mit der Durchführung der oben genannten Untersuchung einverstanden.

-----  
Datum

Unterschrift