

**Auftragsschein für**  
Molekulargenetische Untersuchungen  
**HERZGENETIK**

Patient: ..... geb. ....

Diagnose: .....

Die in Auftrag gegebene Leistung wird entsprechend dem Tarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG-NT) abgerechnet. Dies gilt auch für den Fall, dass die von Ihnen geforderten Untersuchungen erst nach Beendigung der Krankenhauspflege erbracht werden. Ein Kostenvoranschlag kann auf Anfrage erstellt werden.

Da ein vom Krankenhausarzt ausgestellter Laborüberweisungsschein mit der örtlichen Kassenärztlichen Vereinigung **NICHT** abrechenbar ist, ist eine Kostenübernahmeerklärung durch die Krankenhausverwaltung erforderlich. Proben von Patienten, die im Rahmen einer Instituts- oder persönliche Ermächtigung behandelt wurden, sind für uns derzeit **NICHT** abrechenbar.

Grundsätzlich besteht auch die Möglichkeit, eine Blutprobe über einen niedergelassenen Arzt uns zu zuschicken. Die von hier erbrachten Laborleistungen sind bei Zusendung des Laborüberweisungsscheins #10 für den Einsender kostenfrei, d.h. sie gehen NICHT zu Lasten des Laborbudgets des Einsenders.

**KOSTENÜBERNAHME:** Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich die Angaben und sichere die Kostenübernahme zu.

**SONDERVEREINBARUNG:** Falls mit uns für obigen Patienten eine solche Vereinbarung getroffen wurde, führen Sie dieses bitte auf:

.....

**Einsender (Druckbuchstaben)**

**Verwaltung des Krankenhauses (Stempel)**

.....  
Datum Unterschrift