

# Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_



## Labor - Anforderungsbeleg

Probennahme-Datum

--	--	--	--	--	--

Geschlecht

männlich  weiblich  divers

## Darmkrebsvorsorge

### ■ FIT- Stuhltest

Immunol. Hämoglobinnachweis im Stuhl

20,00 € (Testdurchführung inkl. Abwicklung per Post)

Ich wünsche die Durchführung der oben gekennzeichneten individuellen Gesundheitsleistungen. Mir ist bekannt, dass es sich bei den in Auftrag gegebenen Leistungen nicht um erstattungsfähige Leistungen durch meine gesetzliche oder private Krankenkasse handelt. Die hierfür ausgestellten Rechnungen sind nicht beihilfefähig.

Mit meiner rechtsverbindlichen Unterschrift beauftrage ich die angeforderten Leistungen. Ebenso willige ich ein, dass meine Daten und abgegebenen Proben an ein anderes medizinisches Labor zur Untersuchung und Abwicklung dieses Auftrages übermittelt werden, sofern dieses im Rahmen des Behandlungsverhältnisses erforderlich ist und das Patientengeheimnis gewahrt wird. Nähere Informationen finden Sie auf unserer Webseite [www.meindirektlabor.de/datenschutz/](http://www.meindirektlabor.de/datenschutz/)

\_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift des Patienten

Mein Direktlabor Labor Stephansplatz, Stephansplatz 3, 20254 Hamburg  
T +49 40 766 96-700 | F +49 40 766 96-720 | E [info@labor-stephansplatz.de](mailto:info@labor-stephansplatz.de)

[www.meindirektlabor.de](http://www.meindirektlabor.de)