

Leistungsanforderung für stationäre Patienten anderer medizinischer Einrichtungen

Auftraggeber: Stempel der medizinischen Einrichtung:	Behandelter Patient	
	Name, Vorname	Geb.-Datum
	Straße, Nr.	
	PLZ, Wohnort	

Stationäre Behandlung vom: _____ (voraussichtlich) bis: _____

Angeforderte Leistung bzw. Fragestellung:

Datum der Leistungsanforderung:	Unterschrift und Stempel des anfordernden Arztes
---------------------------------	--

Leistungserbringer im Universitätsklinikum Klinik / Institut:	Gemäß § 3 des Bundesdatenschutzgesetzes erkläre ich mein Einverständnis, daß die zur Rechnungserstellung erforderlichen persönlichen Daten an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Sachsen GmbH übermittelt und dort mit Hilfe der EDV bearbeitet werden.
	_____ Unterschrift des Patienten

Leistungsnachweis

Datum	Nr. DKG-NT / GOÄ	Sonstige Auslagen	
		Art	€

Stempel und Unterschrift des leistungserbringenden Arztes im Universitätsklinikum

Auftragsbeleg UNIVERSITÄTSKLINIKUM