

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG**ERREGER-BESTIMMUNG IN DER ZECKE**Name, Vorname
des Auftraggebers _____

Straße _____

Ort/PLZ _____

Telefon, Mobil _____

E-Mail _____



Bitte wählen Sie die gewünschten Untersuchungen

 Borrelien FSME Borrelien & FSME Zecken-Komplettpaket

(Borrelien, Babesien, FSME, Anaplasmen, Rickettsien)

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG

Ort, Datum, _____

Unterschrift _____

Ich beauftrage Sie hiermit, die obengenannten Untersuchungen durchzuführen und erkläre mich bereit, die anfallenden Kosten zu übernehmen. Mir ist bekannt, dass eine Erstattung durch die gesetzliche ggf. private Krankenversicherung nicht erfolgen kann. Der Speicherung meiner Daten zur Ergebnisübermittlung willige ich ein.