

## Einverständniserklärung

**Kostenübernahme der Lipoproteinanalytik durch  
Prof. Dr. med. Werner O. Richter, Institut für Fettstoffwechsel und Hämorheologie,  
Fröbelweg 8, 91257 Pegnitz**

Analysekosten für privat versicherte Patienten EUR 180,04

Name, Vorname: .....

Straße: .....

PLZ Wohnort: .....

Krankenkasse: .....

Ich stimme der Blutabnahme aus der Fingerkuppe durch Frau Sandra Strehle auf Indikationsstellung und Veranlassung von Prof. Richter zu.

Hiermit bestätige ich die Kostenübernahme für die Lipoproteinanalytik durch Herrn Prof. Dr. Werner O. Richter nach Erhalt der Rechnung an meine oben genannte Adresse.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift