

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum



Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

IGeL
(Selbstzahler)

- Rechnung an Patienten
 Rechnung an Praxis

Einsender

Patienten-ID / DFÜ

Geschlecht

Blutentnahme
Abnahmedatum

weitere Angaben
Zyklusstag

Abnahmezeit

SSW

Klinische Angaben, Diagnose, Therapie, Vorfunde

Ich wünsche die Durchführung der folgenden individuellen Gesundheitsleistung. Bei der vorliegenden Indikation ist eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenkasse ausgeschlossen:

Laborfachärztliche Leistungen

- ARTERIOSKLEROSE / HERZ**
- Lipidstatus **Sn** 9,32 €
(Cholesterin, HDL, LDL, Triglyceride)
 - Lipoprotein (a) **S** 17,49 €
 - Homocystein **S** 27,98 €
 - CRP **S** 11,66 €
 - NT-proBNP **S** 27,98 €
 - BLUTGRUPPE**
 - Blutgruppenbestimmung **EV** 40,80 €
inkl. Ausweis
 - INFEKTIONSDIAGNOSTIK**
 - Material / Entnahmeort:**
 - Borrelien-Suchtest (IgG/M-AK) **S** 40,80 €
weiterf. Diagnostik, falls positiv (max) 93,26 €
 - Borrelien-DNA (Zecke) **Ze** 33,51 €
 - Borrelien-Elispot **HB** 102,00 €
 - CMV-IgG-AK (Immunität) **S** 13,99 €
 - FSME-IgG-AK (Immunität) **S** 13,99 €
 - FSME-RNA (Zecke) **Ze** 58,28 €
 - Helicobacter-pylori-Suchtest **S** 40,80 €
weiterf. Diagnostik, falls positiv (max) 93,26 €
 - Helicobacter-pylori-Antigen **St** 14,57 €
 - Helicobacter-pylori-Atemtest **AL** 33,22 €
 - Hepatitis-A-IgG-AK (Immunität) **S** 13,99 €
 - Hepatitis-Bc-AK, vor Impfung **S** 17,49 €
 - Hepatitis-Bs-AK, nach Impfung **S** 13,99 €
 - HSV-DNA **Atr** 29,14 €
 - Influenzavirus-RNA **Atr** 29,14 €
 - Listeria-AK **S** 14,57 €
 - Masern-IgG-AK (Immunität) **S** 13,99 €
 - Mumps-IgG-AK (Immunität) **S** 13,99 €
 - Röteln-IgG-AK (Immunität) **S** 13,99 €
 - Parodontitis-PCR **■** 46,63 €
 - Parvovirus-IgG-AK (Immunität) **S** 13,99 €
 - B.-pertussis-IgG-AK **S** 46,63 €
 - Pneumokokken-IgG-AK (Imm.) **S** 20,40 €
 - Pilzkultur **A/St** 12,82 €
 - ggf. Differenzierung, Preis je Pilz 14,57 €

- Polio-AK, Typ 1+3 (Immunität) **S** 59,46 €
- Quantiferon-TB-Test **■** 104,92 €
- Respir. Multiplex-PCR **Atr/Sp/Bal** 116,56 €
- Tetanus-AK (Immunität) **S** 20,40 €
- Diphtherie-AK (Immunität) **S** 20,40 €
- SARS-CoV-2-AK **S** 17,49 €
- Toxoplasmose-Suchtest **S** 13,41 €
weiterf. Diagnostik, falls positiv (max) 40,80 €
- VZV-IgG-AK (Immunität) **S** 13,99 €
- SEXUELL ÜBERTRAGB. INFEKTIONEN**
- HIV-1/2-Suchtest **S** 17,49 €
- HIV-1-PCR **EV** 128,23 €
- Lues-Serologie (TPHA) **S** 13,41 €
- Hepatitis-Bs-Antigen **S** 14,57 €
- Hepatitis-C-AK **S** 23,31 €
- Chlamydia-trachomatis-DNA **Atr** 29,14 €
- Chlamydia-trachomatis-DNA **EU** 29,14 €
- N.-gonorrhoeae-DNA **Atr/EU** 29,14 €
- HPV-Screening (high risk) **Atr/DZ** 33,51 €
- HPV-Typisierung (high + low risk) **Atr/DZ/B** 53,62 €
- HSV-DNA **Atr** 29,14 €
- Mycopl.-genitalium-DNA **Atr/EU** 29,14 €
- Mycopl.-hominis-DNA **Atr/EU** 29,14 €
- Ureapl.-urea./parv.-DNA **Atr/EU** 29,14 €
- Ureaplast.-/Mycoplast.-Kultur **A** 14,57 €
- STI Multiplex-PCR **Atr** 58,28 €
- STI Multiplex-PCR **EU** 58,28 €
- SCHWANGERSCHAFTSVORSORGE**
- β-häm. Streptokokken **A** 13,98 €
- ggf. Antibiogramm 9,36 €
- CMV-IgG-AK (Immunität) **S** 13,99 €
- ggf. CMV-IgM-AK **S** 17,49 €
- Parvovirus-IgG-AK (Immunität) **S** 13,99 €
- ggf. Parvovirus-IgM-AK **S** 17,49 €
- Toxoplasmose-Suchtest **S** 13,41 €
- weiterf. Diagnostik, falls positiv (max) 40,80 €
- AFP **S** 14,57 €

- HORMONE**
- Anti-Müller-Hormon **S** 43,72 €
 - β-HCG **S** 14,57 €
 - TSH-basal **S** 14,57 €
 - 17-beta-Estradiol **S** 20,40 €
 - LH **S** 14,57 €
 - FSH **S** 14,57 €
 - Progesteron **S** 20,40 €
 - Prolaktin **S** 20,40 €
 - DHEA-S **S** 20,40 €
 - Testosteron **S** 20,40 €
 - SHBG **S** 26,23 €
 - Freier Androgenindex **S** 46,63 €
 - ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN**
 - Spezifisches IgE s. Anforderungsbogen
"Allergieabklärung", Kosten je Allergen 14,57€
 - Gesamt-IgE **S** 14,57 €
 - Diaminooxidase **S** 43,72 €
 - Histamin **■HP** 27,98 €
 - TUMORMARKER / KREBSVORSORGE**
 - Blut im Stuhl (iFOBT) **■** 10,49 €
 - PSA **S** 17,49 €
 - bei Erhöhung ggf. PSA, frei **S** 17,49 €
 - CEA **S** 14,57 €
 - CA 15-3 **S** 26,23 €
 - CA 19-9 **S** 17,49 €
 - CA 125 **S** 17,49 €
 - NSE **Sz** 26,23 €
 - VITAMINE**
 - Vitamin A **■▲S** 20,98 €
 - Vitamin B1 **■▲EV** 33,22 €
 - Vitamin B2 **■▲EV** 33,22 €
 - Vitamin B6 **■▲EP** 33,22 €
 - Folsäure **■▲S** 14,57 €
 - Vitamin B12 **■▲S** 14,57 €
 - HoloTC **S** 27,98 €
 - 25-Hydroxy-Vitamin D **▲S** 21,45 €
 - Vitamin E **■▲S** 20,98 €
 - Biotin (Vitamin H, B7) **S** 43,72 €

- EISENSTOFFWECHSEL & SPURENELEM.**
- Eisen **S** 2,33 €
 - Ferritin **S** 14,57 €
 - Transferrinsättigung **S** 8,16 €
 - Zink **S** 5,25 €
 - Selen **S** 23,90 €
 - Kupfer **S** 2,33 €
 - Magnesium **S** 2,33 €
 - ALKOHOL**
 - CDT (Alkoholmissbrauch) **S** 20,98 €
 - EtG-Screen. (Alkoholkonsum) * **U** 20,98 €
 - DROGENTESTS**
 - Drogenscreening Urin (Profil) * **U** 87,42 €
 - Cannabinoide * **U** 14,57 €
 - Amphetamine * **U** 14,57 €
 - Benzodiazepine * **U** 14,57 €
 - Kokain (als Metabolit) * **U** 14,57 €
 - Opiate (inkl. syn.) * **U** 14,57 €
 - Methadon (als EDDP) * **U** 14,57 €
 - Barbiturate (Screen.) * **U** 14,57 €
 - Cannabis (THC-COOH), quant. **U** 52,46 €
 - * Bei positivem Screening wird eine Bestätigung empfohlen. **Bitte wählen Sie:**
 - mit automatischer Bestätigung, je 52,46 €
 - ohne Bestätigung (Probenlagerung 1 Monat)
 - SERVICE**
 - Befund an die Praxis faxen
 - Fax an: _____
 - Befundkopie an den Patienten
 - Praxisleistungen**
 - Beratung (nach Ziffer 1) 10,72 €
 - Beratung (nach Ziffer 3) 20,11 €
 - Abstrichentnahme 5,36 €
 - Blutentnahme 4,20 €

WEITERE UNTERSUCHUNGEN:

Mir ist bekannt, dass ich die von mir gewünschten individuellen Gesundheitsleistungen privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen habe, da diese Leistungen als Wunschleistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Mit der Abrechnung nach GOÄ durch die beauftragte Laborarzt-Praxis - auch für die Praxisleistung - erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenbeteiligung habe.

Datum Unterschrift des Patienten

Material: A = Abstrich | AL = Atemluft | Atr = Abstrich, trocken | B = Biopsie | Bal = Bronchiallavage | DZ = Abstrich (Dünnschicht-Zytologie) | EP = EDTA-Plasma | EU = Erststrahlurin | EV = EDTA-Vollblut | HB = Heparin-Blut | HP = Heparin-Plasma | S = Serum | sCi = saures Citrat-Vollblut | Sn = Serum, nüchtern | Sp = Sputum | St = Stuhl | Sz = Serum, abzentrifugiert | U = Urin | Ze = Zecke | * = gekühlt | ■ = gefroren | ▲ = lichtgeschützt | ■ = Sondermaterial, bitte anfordern



0045 1169 00