

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

**Untersuchungsauftrag für
Individuelle
Gesundheitsleistungen - IGeL**



Tages-Nr. intern!

weiblich männlich Entn.-Datum: Uhrzeit: SSW: Zykl.tag: Größe: Gew.:

Ärztliche Leistungen (Bitte unbedingt Faktor angeben)

1	3	5	6	7	8	27	28
29	30	75	76	80	250	252	253
271	272	298	375	410	420	A615	



Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung
 Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich unten markierte, privatärztliche Leistung(en) durch Labore der amedes-Gruppe in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte(n) ärztliche(n) Leistung(en) in meinem Fall nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird/werden. Ich werde die Kosten entsprechend o. g. Aufstellung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 2003) selbst tragen und bin mit der Abrechnung durch eine autorisierte Verrechnungsstelle einverstanden. Mir ist ferner bekannt, dass für meine Krankenkasse keine Verpflichtung besteht, die Kosten ganz oder anteilig zu übernehmen. Ich bin damit einverstanden, dass alle zur Rechnungsstellung notwendigen Daten an eine ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden und die Rechnungsforderungen der beteiligten Ärzte an diese ärztliche Verrechnungsstelle zum Einzug abgetreten werden. Die ermittelten Laborergebnisse werden dem beratenden Arzt zugestellt. Hinzu kommen 2,60 € Versandgebühren.

.....
Datum, Unterschrift des Patienten

Einverständniserklärung nach Gendiagnostikgesetz
 Die mit * markierten Analysen unterliegen dem Gendiagnostikgesetz. Nach einer ausführlichen Aufklärung/Beratung stimme ich der von mir gewünschten genetischen Untersuchung durch Labore der amedes-Gruppe sowie ggf. der Probenentnahme auf Grundlage des Gendiagnostikgesetzes zu. Mit der Aufbewahrung der Probe und der Untersuchungsergebnisse innerhalb der gesetzlichen Vorgaben bzw. je nach diagnostischer Notwendigkeit bin ich einverstanden. Wenn ich eine von gesetzlichen Vorgaben abweichende Regelung wünsche, kann ich dieses jederzeit mitteilen. Ich bin ausführlich darauf hingewiesen worden, dass ich sowohl mit meiner/m Ärztin/Arzt das Ergebnis und das weitere Vorgehen besprechen als auch eine genetische Beratungsstelle in Anspruch nehmen kann. Ich hatte ausreichend Bedenkenzeit bis zur Entscheidung für die genetische Untersuchung.

.....
Datum, Unterschrift des Patienten

Klinische Angaben/Medikation:

<p>Infektionserologie</p> <p><input type="checkbox"/> Hep. A (Immunschutz) 13,99 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Hep. B (Immunschutz) 13,99 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Hep. B – vor erster Impfung 17,49 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Hep. C 23,31 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Masern IgG (Immunschutz) 13,99 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Mumps IgG (Immunschutz) 13,99 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Parvovirus IgG (Immunschutz) 17,49 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Röteln IgG (Immunschutz) 13,99 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> FSME (Immunschutz) 13,99 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Polio (Immunschutz) 43,71 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Pertussis-Toxin (Immunschutz) 67,03 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Diphtherie (Immunschutz) 20,40 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Tetanus (Immunschutz) 20,40 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> TPPA/Lues 13,41 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> HIV 1/2-Antikörper 17,49 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Borrelien-Antikörper (IgG+IgM) 40,80 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Toxoplasmose-Antik. (IgG+IgM) 28,56 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Helicobacter pylori-Atemtest 33,22 AT</p> <p><input type="checkbox"/> Helicobacter pylori-Direktnachw. 14,57 ST</p> <p><input type="checkbox"/> sexuell übertragbare Infektionen (HIV, TPPA, Hep. B, Hep. C) 86,28 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis (PCR) 29,14 Ao.U</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberkulose-Test (Quantiferon-Test) 94,42 UX</p> <p>Immunhämatologie</p> <p><input type="checkbox"/> Blutgruppe inkl. Notfallausweis 25,65 H</p> <p><input type="checkbox"/> Blutgruppe mit kompl. Rh-Formel inkl. Notfallausweis 37,30 H</p> <p>Endokrinologie/Hormone</p> <p><input type="checkbox"/> Klimakterium (FSH, Östradiol) 34,97 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Klimakterium unter Substitution (FSH, Östradiol, Östron) 62,95 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Haarausfall 81,60 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Klimakterium virile (FSH, LH, Testosteron, SHBG) 75,77 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Akne 91,80 H,B,S</p>	<p>Einzeluntersuchungen</p> <p><input type="checkbox"/> Cortisol 14,57 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> DHEA-S 20,40 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> FSH 14,57 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> FT3 14,57 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> FT4 14,57 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> TSH basal 14,57 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Inhibin B 43,72 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> LH 14,57 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Östradiol (E2) 20,40 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Östron (E1) 27,98 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Progesteron 18,06 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Prolaktin 20,40 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> SHBG 26,23 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Testosteron 20,40 H,B,S</p> <p>Tumormarker</p> <p><input type="checkbox"/> CEA 14,57 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> PSA 17,49 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> freies PSA (inkl. PSA) 34,98 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Blut im Stuhl, immunolog. (2 Proben) 17,48 ST</p> <p><input type="checkbox"/> Hämoglobin-Haptoglobin im Stuhl, immunologisch (2 Proben) 17,48 ST</p> <p><input type="checkbox"/> NMP22 26,23 UX</p> <p>Atherosklerose-Risiko</p> <p><input type="checkbox"/> Lipidstatus (Cholesterin, Triglyceride, ApoA, ApoB, Lp(a), Homocystein) Beurteilung sowie ggf. Diätinweis 77,53 B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Homocystein 14,57 NF</p> <p><input type="checkbox"/> Lp(a) 17,49 B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Fibrinogen 5,83 C</p> <p><input type="checkbox"/> CRP, ultrasensitiv 11,66 H,B,S</p> <p>Osteoporose-Risiko</p> <p><input type="checkbox"/> Pyridinoline 27,98 U</p> <p><input type="checkbox"/> Knochen-AP 17,49 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Osteocalcin 27,98 B</p> <p>Sonstige</p> <p><input type="checkbox"/> Laktose-Intoleranz-Gentest* 48,63 A,E</p> <p><input type="checkbox"/> Cystatin C 11,66 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Procalcitonin (PCT) 27,98 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Allergie-Screening: IgE, fx5, sx1 43,71 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> aPC-Resistenz 26,23 C</p> <p><input type="checkbox"/> Faktor-V-Genmutation* 52,46 E</p> <p><input type="checkbox"/> Prothrombin-Genmutation* 52,46 E</p>	<p>Toxikologie</p> <p><input type="checkbox"/> Alkoholspiegel 8,74 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> CDT 33,22 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Quecksilber 23,90 U</p> <p><input type="checkbox"/> Drogen-Scr. (Cocain, Opiate, Cannabis) 43,71 U</p> <p>Einzeluntersuchungen</p> <p><input type="checkbox"/> Cocain 14,57 U</p> <p><input type="checkbox"/> Cannabis 14,57 U</p> <p><input type="checkbox"/> Opiate 14,57 U</p> <p><input type="checkbox"/> Amphetamine 14,57 U</p> <p><input type="checkbox"/> Barbiturate 14,57 U</p> <p><input type="checkbox"/> Benzodiazepine 14,57 U</p> <p>Basis-Labor</p> <p><input type="checkbox"/> kleines Blutbild 3,50 E</p> <p><input type="checkbox"/> großes Blutbild 4,67 E</p> <p><input type="checkbox"/> Alk. Phosphatase 2,33 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Bilirubin 2,33 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Calcium 2,33 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Cholesterin 2,33 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> γ-GT 2,33 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Glukose 1,17 EX, FN</p> <p><input type="checkbox"/> HbA1c 11,66 E</p> <p><input type="checkbox"/> GOT 2,33 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> GPT 2,33 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Kreatinin 2,33 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Harnsäure 2,33 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin (inkl. Chol./Tri) 6,99 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin (inkl. Chol./Tri) 6,99 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Kalium 1,75 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Lactat 12,82 NF</p> <p><input type="checkbox"/> Natrium 1,75 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Phosphor 2,33 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Triglyceride 2,33 H,B,S</p> <p>Vitamine/Spurenelemente</p> <p><input type="checkbox"/> Biotin/Vitamin H 20,98 SG</p> <p><input type="checkbox"/> Folsäure 14,57 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Magnesium 2,33 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Selen 23,90 E</p> <p><input type="checkbox"/> Vitamin B12 14,57 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> 25-OH-Vitamin D3 27,98 H,B,S</p> <p><input type="checkbox"/> Zink 5,25 E</p>
---	--	---

Bitte nehmen Sie bei Angabe H,B,S bei Einsendung an die Standorte Essen, Göttingen, Hannover, Köln, Wilhelmshaven bevorzugt H, bei Einsendung an die Standorte Bielefeld, Erfurt, Fürstfeldbruck, Halle, Hamburg, Jena, München, Raubling bevorzugt B ab. Wenn Sie zentrifugieren und den Überstand in ein gesondertes Röhrchen überführen, kennzeichnen Sie bitte das aus Heparin-Blut gewonnene Plasma als Heparin-Plasma und das aus Vollblut ohne Zusatz gewonnene Serum als Serum.

A = Abstrichtupfer B = Vollblut ohne Zusatz BA = Bürsten-Abstrich C = Citrat-Blut E = EDTA-Blut EX = Gluco Exact FN = Terumo H = Heparin-Blut NF = NAF-Blut S = Serum SG = Serum gefroren ST = Stuhl T = Tupfer U = Urin UX = Sondergefäß (bitte anfordern)

