

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG

Individuelle Gesundheitsleistungen –IGeL–

Gynäkologie



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Status

Tages-Nr. intern!

weiblich männlich
 Entnahmedatum _____ Uhrzeit _____ SSW _____ Zyklusstag _____

Klinische Angaben/Medikation:

<p>Infektionserologie</p> <p><input type="checkbox"/> Cytomegalie – IgG 13,99 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Cytomegalie – IgM 17,49 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Listerien 20,40 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Parvovirus B19 – IgG (Immunschutz) 17,49 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Parvovirus B19 – IgM 17,49 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Röteln – IgG (Immunschutz) 13,99 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Toxoplasmose (IgG + IgM) 28,56 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Toxoplasmose – IgG (Immunschutz) 14,28 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> TPPA/Lues 13,41 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Varizellen – IgG 13,99 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Varizellen – IgM 17,49 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Masern – IgG (Immunschutz) 13,99 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Mumps – IgG (Immunschutz) 13,99 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Pertussis – (IgG + IgA) 40,80 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Hep. A (Immunschutz) 13,99 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Hep. B – vor erster Impfung 17,49 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Hep. B (Immunschutz) 13,99 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Hep. C 23,32 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> HIV 1/2 Antikörper 17,49 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> HPV high risk (real-time-PCR, Genotypisierung 16/18 und 12 weitere Typen)* 34,98 D</p> <p><input type="checkbox"/> HPV low risk (real-time-PCR)* 29,14 D</p> <p><small>* Wenn Sie auch Zytologie-Einsender sind, bitte für eine optimale Befundung den Zytologie-Anforderungsschein verwenden.</small></p> <p><input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis (PCR) 29,14 AoU</p> <p><input type="checkbox"/> GO – Neisseria gonorrhoeae (PCR) 29,14 AoU</p> <p>Bakteriologie</p> <p><input type="checkbox"/> Vaginal-Abstrich auf β-häm. Streptokokken 13,98 A</p> <p><input type="checkbox"/> optionale Resistenzbestimmung bei positivem Befund 14,57 A</p> <p><input type="checkbox"/> Vaginal-Abstrich auf Listerien 8,04 A</p> <p>Tumormarker</p> <p><input type="checkbox"/> Blut im Stuhl, immunologisch (2 Proben) 17,48 ST</p> <p><input type="checkbox"/> Hämoglobin-Haptoglobin-Komplex im Stuhl, immunologisch (2 Proben) 17,48 ST</p> <p><input type="checkbox"/> AFP 14,57 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> β-HCG 14,57 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> CEA 14,57 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> NMP22 26,23 UX</p> <p><input type="checkbox"/> PSA 17,49 H,B</p> <p>Immunhämatologie</p> <p><input type="checkbox"/> Blutgruppe (ABO und Rh-Faktor), inkl. Ausweis 25,65 BGE</p> <p><input type="checkbox"/> Blutgruppe (ABO und Rh-Formel), inkl. Ausweis 37,30 BGE</p> <p>Eisenhaushalt</p> <p><input type="checkbox"/> Ferritin 14,57 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> löslicher Transferrinrezeptor 14,57 H,B</p>	<p>Analysen gem. Gewebegesetz</p> <p><input type="checkbox"/> HBs-Antigen 14,57 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> anti-HBc 17,49 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> anti-HCV 23,32 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> HIV 1/2 Antikörper 17,49 H,B</p> <p>Vitamine</p> <p><input type="checkbox"/> Folsäure 14,57 S</p> <p><input type="checkbox"/> Holo-Transcobalamin 43,72 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Vitamin D (25 OH) 27,98 H,B</p> <p>Schwangerschaft</p> <p><input type="checkbox"/> PAPP-A* 20,40 S</p> <p><input type="checkbox"/> freies β-HCG* 14,57 S</p> <p><small>* ohne Risikoberechnung! – Vollständiges NT-Screening muss mit dem „Untersuchungsauftrag NT-Screening“ (separater Anforderungsschein) angefordert werden.</small></p> <p>Endokrinologische Profile</p> <p><input type="checkbox"/> Prä-Menopause (FSH, LH, E2) 47,20 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Klimakterium (FSH, LH, E2, E1) 71,97 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Klimakterium unter Substitution (FSH, E2, E1) 57,40 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Haarausfall (Testosteron, SHBG, Androstendion, DHEA-S, Dihydrotestosteron, TSH basal, Ferritin) 160,16 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Akne (Testosteron, SHBG, Androstendion, DHEA-S, Dihydrotestosteron) 131,02 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> FertiCheck (FSH, E2, AMH) 64,12 H,B</p> <p>Endokrinologie/Hormone</p> <p>Einzeluntersuchungen</p> <p><input type="checkbox"/> AMH (Anti-Müller-Hormon) 43,72 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Androstendion 18,06 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> 3α-Andr.-Glucuronid 24,77 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> β-HCG 14,57 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> DHEA-S 20,40 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> FSH 14,57 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> FT3 14,57 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> FT4 14,57 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Insulin 14,57 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> LH 14,57 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Östradiol (E2) 20,40 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Östron (E1) 27,98 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Progesteron 18,06 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Prolaktin 20,40 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> SHBG 26,23 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Testosteron 20,40 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Testosteron, SHBG (inkl. Kalkulation des freien Testosterons) 46,63 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> TSH, basal 14,57 H,B</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"/> GOT 2,33 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> GPT 2,33 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> γ-GT 2,33 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Alk. Phosphatase 2,33 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Cholesterin 2,33 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Triglyceride 2,33 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin (inkl. Chol./Tri.) 6,99 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin (inkl. Chol./Tri.) 6,99 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Glucose 1,17 EX, FN</p> <p><input type="checkbox"/> Glucose-Toleranztest (2 Bestimmungen) 2,34 EX, FN</p> <p><input type="checkbox"/> 50g Glucose <input type="checkbox"/> 75g Glucose</p> <p><input type="checkbox"/> Glucose-Toleranztest (3 Bestimmungen) 3,51 EX, FN</p> <p><input type="checkbox"/> 75g Glucose</p> <p><input type="checkbox"/> Insulin (3 Bestimmungen: 0', 60', 120') 43,71 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Kreatinin 2,33 H,B</p> <p><input type="checkbox"/> Calcium 2,33 H,B</p>
--	--	--

Ärztliche Leistungen		
	(GOÄ-Ziffer, Faktor)	EURO
<input type="checkbox"/> Beratung, einfach	(1, 2,3-fach)	10,72
<input type="checkbox"/> Beratung, ausführlich	(3, 2,3-fach)	20,11
<input type="checkbox"/> Gutachterl. Stellungnahme	(80, 2,3-fach)	40,22
<input type="checkbox"/> Blutentnahme	(250, 1,8-fach)	4,20
<input type="checkbox"/> Abstrich, zytologisch	(297, 2,3-fach)	6,03
<input type="checkbox"/> Abstrich, mikrobiologisch	(298, 2,3-fach)	5,36
<input type="checkbox"/> Ultraschall, Schwangerschaft	(415, 2,3-fach)	40,22
Alternative Leistungen/andere Steigerungssätze		
(Bitte GOÄ-Ziffer und Faktor angeben.)		
<input type="checkbox"/> _____	_____, _____-fach	
<input type="checkbox"/> _____	_____, _____-fach	
<input type="checkbox"/> _____	_____, _____-fach	
<input type="checkbox"/> _____	_____, _____-fach	

A = Abstrichtupfer B = Vollblut ohne Zusatz BA = Bürsten-Abstrich BGE = EDTA f. Blutgruppe C = Citrat-Blut D = Dünnschicht-Vial 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)

Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich oben markierte, privatärztliche Leistung(en) 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 selbst tragen – kann in der Praxis eingesehen werden – 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 meine Daten an externe Auftragnehmer (Labore, externe Konsiliarlabore und autorisierte Abrechnungsstellen) und zur Abrechnung der Laborleistung durch eine autorisierte Abrechnungsstelle weiter gegeben und dass die Rechnungsforderungen der beteiligten Ärzte an diese ärztliche Abrechnungsstelle zum Einzug abgetreten werden. Die ermittelten Laborergebnisse werden dem beratenden Arzt zugestellt. Hinzu kommen 2,60 € Versandgebühren.

Ort, Datum _____ Unterschrift des Patienten _____