

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 divers/unbest. Entn.-Datum: Uhrzeit: SSW: Zykl.tag: Größe: Gew.:

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

Klinische Angaben/Medikation:

Infektionserologie	EURO	#
<input type="checkbox"/> Hep. A (Immunschutz)	13,99	H,B,S
<input type="checkbox"/> Hep. B (Immunschutz)	13,99	H,B,S
<input type="checkbox"/> Hep. B – vor erster Impfung	17,49	H,B,S
<input type="checkbox"/> Hep. C	23,32	H,B,S
<input type="checkbox"/> Masern IgG (Immunschutz)	13,99	H,B,S
<input type="checkbox"/> Mumps IgG (Immunschutz)	13,99	H,B,S
<input type="checkbox"/> Parvovirus IgG (Immunschutz)	17,49	H,B,S
<input type="checkbox"/> Röteln IgG (Immunschutz)	13,99	H,B,S
<input type="checkbox"/> FSME (Immunschutz)	13,99	H,B,S
<input type="checkbox"/> Polio (Immunschutz)	59,46	H,B,S
<input type="checkbox"/> Pertussis (IgG+IgA)	40,80	H,B,S
<input type="checkbox"/> Diphtherie (Immunschutz)	20,40	H,B,S
<input type="checkbox"/> Tetanus (Immunschutz)	20,40	H,B,S
<input type="checkbox"/> TPPA/Lues	20,40	H,B,S
<input type="checkbox"/> HIV 1/2-Antikörper	17,49	H,B,S
<input type="checkbox"/> Borrelien-Antikörper (IgG+IgM)	40,80	H,B,S
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose-Antik. (IgG+IgM)	28,56	H,B,S
<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori-Atemtest	33,22	AT
<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori-Direktnachw.	14,57	ST
<input type="checkbox"/> sexuell übertragbare Infektionen (HIV, TPPA, Hep. B, Hep. C)	93,27	H,B,S
<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis (PCR)	29,14	Ao.U
<input type="checkbox"/> Gebärmutterhalskrebs HPV-Test	29,14	AB
SARS-CoV-2 (Corona)-AK		
<input type="checkbox"/> nach Infektion*	17,49	S,B
<input type="checkbox"/> nach Impfung*	17,49	S,B
* Soll bei unklarer Anamnese eine Differenzierung zwischen Antikörpern nach Infektion und Impfung erfolgen, markieren Sie bitte beide Felder.		
<input type="checkbox"/> Tuberkulose-Test (Quantiferon-Test)	94,42	UX
Immunhämatologie		
<input type="checkbox"/> Blutgruppe inkl. Notfallausweis	25,65	BGE
<input type="checkbox"/> Blutgruppe mit kompl. Rh-Formel inkl. Notfallausweis	37,30	BGE
Endokrinologie/Hormone		
<input type="checkbox"/> Klimakterium (FSH, Östradiol)	34,97	H,B,S
<input type="checkbox"/> Klimakterium unter Substitution (FSH, Östradiol, Östron)	62,95	H,B,S
<input type="checkbox"/> Haarausfall (Testosteron, SHBG, DHEA-S, TSH)	81,60	H,B,S
<input type="checkbox"/> Klimakterium virile (FSH, LH, Testosteron, SHBG)	75,77	H,B,S
<input type="checkbox"/> Akne (Testosteron, SHBG, DHEA-S, Andr.-Gl.)	91,80	H,B,S
Endokrinologische Befundung erbeten.		

Einzeluntersuchungen	EURO	#
<input type="checkbox"/> Cortisol	14,57	H,B,S
<input type="checkbox"/> DHEA-S	20,40	H,B,S
<input type="checkbox"/> Ferritin	14,57	H,B
<input type="checkbox"/> FSH	14,57	H,B,S
<input type="checkbox"/> FT3	14,57	H,B,S
<input type="checkbox"/> FT4	14,57	H,B,S
<input type="checkbox"/> TSH basal	14,57	H,B,S
<input type="checkbox"/> Inhibin B	43,72	H,B,S
<input type="checkbox"/> LH	14,57	H,B,S
<input type="checkbox"/> Östradiol (E2)	20,40	H,B,S
<input type="checkbox"/> Östron (E1)	27,98	H,B,S
<input type="checkbox"/> Progesteron	20,40	H,B,S
<input type="checkbox"/> Prolaktin	20,40	H,B,S
<input type="checkbox"/> SHBG	26,23	H,B,S
<input type="checkbox"/> Testosteron	20,40	H,B,S
Tumormarker		
<input type="checkbox"/> CEA	14,57	H,B,S
<input type="checkbox"/> PSA	17,49	H,B,S
<input type="checkbox"/> freies PSA (inkl. PSA)	34,98	H,B,S
<input type="checkbox"/> Blut im Stuhl, immunolog. (2 Proben)	17,48	ST
<input type="checkbox"/> Hämoglobin-Haptoglobin im Stuhl, immunologisch (2 Proben)	17,48	ST
<input type="checkbox"/> iFOBT	8,74	SF
<input type="checkbox"/> NMP22	26,23	UX
Atherosklerose-Risiko		
<input type="checkbox"/> Lipidstatus (Cholest., Triglyc., ApoA, ApoB, Lp(a), Homocyst.) Beurteilung sowie ggf. Diätinweis	77,53	B,S
<input type="checkbox"/> Homocystein	14,57	NF
<input type="checkbox"/> Lp(a)	17,49	B,S
<input type="checkbox"/> CRP, ultrasensitiv	11,66	H,B,S
Sonstige		
<input type="checkbox"/> Cystatin C	11,66	H,B,S
<input type="checkbox"/> Allergie-Screening: IgE, fx5, sx1	43,71	H,B,S
Toxikologie		
<input type="checkbox"/> Alkoholspiegel	8,74	H,B,S
<input type="checkbox"/> CDT	33,22	H,B,S
<input type="checkbox"/> Cotinin	52,46	S,U
<input type="checkbox"/> Ethylglucuronid LCMS	53,62	HA
<input type="checkbox"/> Ethylglucuronid	52,46	S
<input type="checkbox"/> Quecksilber	23,90	U
<input type="checkbox"/> Drogen-Screening (Cocain, Opiate, Cannabis)	43,71	U
Einzeluntersuchungen		
<input type="checkbox"/> Cocain	14,57	U
<input type="checkbox"/> Cannabis	14,57	U
<input type="checkbox"/> Opiate	14,57	U
<input type="checkbox"/> Amphetamine	14,57	U
<input type="checkbox"/> Barbiturate	14,57	U
<input type="checkbox"/> Benzodiazepine	14,57	U

Basis-Labor	EURO	#
<input type="checkbox"/> kleines Blutbild	3,50	E
<input type="checkbox"/> großes Blutbild	4,67	E
<input type="checkbox"/> Alk. Phosphatase	2,33	H,B,S
<input type="checkbox"/> Bilirubin	2,33	H,B,S
<input type="checkbox"/> Calcium	2,33	H,B,S
<input type="checkbox"/> Cholesterin	2,33	H,B,S
<input type="checkbox"/> γ-GT	2,33	H,B,S
<input type="checkbox"/> Glukose	1,17	EX, FN
<input type="checkbox"/> HbA1c	11,66	E
<input type="checkbox"/> GOT	2,33	H,B,S
<input type="checkbox"/> GPT	2,33	H,B,S
<input type="checkbox"/> Kreatinin	2,33	H,B,S
<input type="checkbox"/> Harnsäure	2,33	H,B,S
<input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin (inkl. Chol./Tri)	6,99	H,B,S
<input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin (inkl. Chol./Tri)	6,99	H,B,S
<input type="checkbox"/> Kalium	1,75	H,B,S
<input type="checkbox"/> Lactat	12,82	NF
<input type="checkbox"/> Natrium	1,75	H,B,S
<input type="checkbox"/> Phosphor	2,33	H,B,S
<input type="checkbox"/> Triglyceride	2,33	H,B,S
Vitamine/Spurenelemente		
<input type="checkbox"/> Biotin/Vitamin H	20,98	SG
<input type="checkbox"/> Folsäure	14,57	H,B,S
<input type="checkbox"/> Magnesium	2,33	H,B,S
<input type="checkbox"/> Selen	23,90	E
<input type="checkbox"/> Vitamin B12	14,57	H,B,S
<input type="checkbox"/> 25-OH-Vitamin D3	27,98	H,B,S
<input type="checkbox"/> Zink	5,25	E
<input type="checkbox"/> Holotranscobalamin	43,72	H,B

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"/> Untersuchung, symptombez. (5, 2,3-fach)	10,73	
<input type="checkbox"/> Gutachten (80, 2,3-fach)	40,22	
<input type="checkbox"/> Blutentnahme (250, 1,8-fach)	4,20	
<input type="checkbox"/> Abstrich, mikrobiologisch (298, 2,3-fach)	5,36	
<input type="checkbox"/> Folgeultraschall (420, 2,3-fach)	10,72	
<input type="checkbox"/> weiterführ. sonogr. Unters. (1006, 1-fach)	110,75	
Alternative Leistungen/andere Steigerungssätze (Bitte GOÄ-Ziffer und Faktor angeben.)		
<input type="checkbox"/>	-fach	
<input type="checkbox"/>	-fach	
<input type="checkbox"/>	-fach	

Bitte nehmen Sie bei Angabe H,B,S bei Einsendung an die Standorte Essen, Göttingen, Hannover, Köln bevorzugt H, bei Einsendung an die Standorte Bielefeld, Erfurt, Fürstenfeldbruck, Halle, Hamburg, Jena, München, Raubling bevorzugt B,S 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 AB = Abstrich B = Vollblut ohne Zusatz BA = Bürsten-Abstrich BGE = EDTA f. Blutgruppe (EDTA zusätzl. mit Name u. Geb.dat. beschriften) C = Citrat-Blut E = EDTA-Blut EX = Gluco Exact FN = Terumo H = Heparin-Blut HA = im Haar NF = NAF-Blut S = Serum SG = Serum gefroren SF = SENTIFIT® Spezialröhrchen ST = Stuhl T = Tupfer U = Urin UX = Sondergefäß (bitte anfordern)

© amedes 07/2014 | Nachdruck verboten | SAP-Nr.: 571675 | Art.Nr.: 1002-00347

