

Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Datum						

Labor Lademannbogen

Lademannbogen 61 - 22339 Hamburg

Anforderungsbogen für Selbstzahler

- Praxisstempel -

Entnahmedatum _____ Entnahmezeit _____ Befund an Praxis faxen

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

<p>Schwangerschaft SSW: _____ Euro</p> <p>Ablklärung des Immunstatus</p> <p><input type="checkbox"/> vor / <input type="checkbox"/> während der Schwangerschaft</p> <p><input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii Ak Suchtest 13,41 - ggf. Differenzierung IgG+IgM-Ak 40,80</p> <p><input type="checkbox"/> IgG-Ak g. Varizella-Zoster-Virus 13,99</p> <p><input type="checkbox"/> IgG-Ak g. CMV 13,99</p> <p><input type="checkbox"/> IgG-Ak g. Parvovirus 13,99</p> <p><input type="checkbox"/> - Profil (ohne Toxo.-Diff.) 55,38</p> <p>Prophylaxe von Neugeboreneninfektionen:</p> <p><input type="checkbox"/> Kultur auf B-Streptokokken (Abstrich) 13,98</p> <p><input type="checkbox"/> - ggf. Antibiogramm 9,36</p> <p>Nachweis oder Risikoabklärung von genetischen Störungen</p> <p><input type="checkbox"/> Ersttrimesterscreening mit NT 51,01</p> <p><input type="checkbox"/> Ersttrimesterscreening ohne NT 33,52</p> <p><input type="checkbox"/> Alpha₁-Fetoprotein 15,00</p> <p>SSW: _____</p> <p>Infektionen</p> <p><input type="checkbox"/> HIV-Test 17,49</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis C Ak 23,31</p> <p><input type="checkbox"/> Helicobacter pylori ¹³C-Atemtest 33,22</p> <p><input type="checkbox"/> Helicobacter pylori Antigen im Stuhl 14,57</p> <p><input type="checkbox"/> Pilzkultur 12,82 ggf. Differenzierung (je Pilz) 14,57</p> <p><input type="checkbox"/> Parodontitis-PCR 58,28</p> <p><input type="checkbox"/> Borrelien-PCR Material: Zecke 33,51</p> <p><input type="checkbox"/> Borrelien-Elispot (Heparin-Blut) 79,28</p> <p><input type="checkbox"/> Listeriose Ak (4 Antigene) 53,64</p> <p>Arteriosklerosisisiko</p> <p><input type="checkbox"/> Profil 1: Cholesterin, HDL/LDL, Triglyceride 6,99</p> <p><input type="checkbox"/> Profil 2: Lp(a), Homocystein 50,71</p> <p>Thromboserisiko</p> <p><input type="checkbox"/> APC-Resistenz 26,81</p> <p><input type="checkbox"/> Homocystein 33,22</p> <p>Tumorvorsorge</p> <p><input type="checkbox"/> Gebärmutterhalskrebs: HPV-Test (Abstrich) 29,14</p> <p><input type="checkbox"/> Prostatakrebs: PSA 17,49</p> <p><input type="checkbox"/> CEA – Carcinoembryonales Antigen 14,57</p>	<p>Spurenelemente</p> <p><input type="checkbox"/> Zink 5,25</p> <p><input type="checkbox"/> Selen 23,90</p> <p><input type="checkbox"/> Kupfer 2,33</p> <p><input type="checkbox"/> Magnesium 2,33</p> <p>Vitamine</p> <p><input type="checkbox"/> Vitamin A 20,98</p> <p><input type="checkbox"/> Vitamin E 20,98</p> <p><input type="checkbox"/> Vitamin B1 33,22</p> <p><input type="checkbox"/> Vitamin B2 33,22</p> <p><input type="checkbox"/> Vitamin B6 33,22</p> <p><input type="checkbox"/> Vitamin B12 / <input type="checkbox"/> HoloTC je 14,57</p> <p><input type="checkbox"/> Folsäure 14,57</p> <p><input type="checkbox"/> Vitamin D (25-OH-D) 18,65</p> <p>Impftiter</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis A IgG vor/nach Impfung 13,99</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B HBc-Ak vor Impfung 17,49</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B HBs-Ak nach Impfung 13,99</p> <p><input type="checkbox"/> Tetanus IgG-Ak 20,40</p> <p><input type="checkbox"/> Polio IgG-Ak, Typ 1,2,3 89,19</p> <p><input type="checkbox"/> Diphtherie IgG-Ak 20,40</p> <p><input type="checkbox"/> FSME IgG-Ak 13,99</p> <p><input type="checkbox"/> Röteln IgG-Ak 13,99</p> <p><input type="checkbox"/> Pertussis IgG-Ak (IB) 46,63</p> <p><input type="checkbox"/> Masern IgG-Ak 13,99</p> <p><input type="checkbox"/> Mumps IgG-Ak 13,99</p> <p><input type="checkbox"/> Ferritin 14,57</p> <p><input type="checkbox"/> β-HCG 14,57</p> <p><input type="checkbox"/> Schilddrüse: TSH 14,57</p> <p><input type="checkbox"/> Oestradiol 13,60</p> <p><input type="checkbox"/> Alkoholabusus: CDT 20,98</p> <p><input type="checkbox"/> Drogenscreening im Urin, je Substanz 14,57</p> <p><input type="checkbox"/> Blutgruppenbestimmung 46,63</p> <p><input type="checkbox"/> Weitere Untersuchungen:</p>
--	--

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 Wunschleistung 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 _____