

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

Klinische Angaben, Diagnose, Therapie, Vorfunde

Blutentnahme

Abnahmedatum

Abnahmezeit

weitere Angaben

Zyklusstag

SSW

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** 10,72 €
(Cholesterin, HDL, LDL, Triglyceride)
- Lipoprotein (a) **S** 20,11 €
- Homocystein **sCi** 38,20 €
- CRP **S** 13,41 €
- NT-proBNP **S** 32,18 €

BLUTGRUPPE

- Blutgruppenbestimmung **EV** 60,33 €
inkl. Ausweis

INFEKTIONSDIAGNOSTIK

Material / Entnahmeort:

- Borrelien-Suchtest (IgG/M-AK) **S** 46,92 €
weiterf. Diagnostik, falls positiv (max) 107,24 €
- Borrelien-Elispot **HB** 117,30 €
- CMV-IgG-AK (Immunität) **S** 16,09 €
- FSME-IgG-AK (Immunität) **S** 16,09 €
- Helicobacter-pylori-Suchtest **S** 46,92 €
weiterf. Diagnostik, falls positiv (max) 107,24 €
- Helicobacter-pylori-Antigen **St** 16,76 €
- Helicobacter-pylori-Atemtest **AL** 38,20 €
- Hepatitis-A-IgG-AK (Immunität) **S** 16,09 €
- Hepatitis-Bc-AK, vor Impfung **S** 20,11 €
- Hepatitis-Bs-AK, nach Impfung **S** 16,09 €
- HSV-1/-2-DNA **Atr** 113,95 €
- Influenzavirus-RNA **Atr** 167,58 €
- Masern-IgG-AK (Immunität) **S** 16,09 €
- Mumps-IgG-AK (Immunität) **S** 16,09 €
- Röteln-IgG-AK (Immunität) **S** 16,09 €
- Parodontitis-PCR **■** 53,62 €
- Parvovirus-IgG-AK (Immunität) **S** 16,09 €
- B.-pertussis-IgG-AK **S** 53,62 €
- Pneumokokken-IgG-AK (Imm.) **S** 23,46 €
- Pilzkultur (Haut, Nagel) **A/H** ab 22,78 €
weiterf. Diagnostik, je Pilz 8,04 € / 38,20 €
- Pilzkultur (NICHT Haut) **A/St** ab 14,74 €
weiterf. Diagnostik, je Pilz 8,04 € / 38,20 €
- Polio-AK, Typ 1+3 (Immunität) **S** 68,38 €

- Quantiferon-TB-Test **■** 120,66 €
- Respir. Multiplex-PCR **Atr/Sp/Bal** 134,04 €
- Tetanus-AK (Immunität) **S** 23,46 €
- Diphtherie-AK (Immunität) **S** 23,46 €
- Toxoplasmose-Suchtest **S** 15,42 €
weiterf. Diagnostik, falls positiv (max) 46,92 €
- SARS-CoV-2-AK (Impfung) **S** 20,11 €
- SARS-CoV-2-AK (Infektion) **S** 20,11 €
- VZV-IgG-AK (Immunität) **S** 16,09 €

SEXUELL ÜBERTRAGB. INFEKTIONEN

- HIV-1/2-Suchtest **S** 20,11 €
- HIV-1-PCR **EV** 147,46 €
- Lues-Suchtest **S** 23,46 €
- Hepatitis-Bs-Antigen **S** 16,76 €

- Hepatitis-C-AK **S** 26,81 €
- Chlamydia-trachomatis-DNA **Atr** 33,51 €
- Chlamydia-trachomatis-DNA **EU** 33,51 €
- N.-gonorrhoeae-DNA **Atr/EU** 33,51 €
- STI Multiplex-PCR **Atr** 58,28 €
Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium, Trichomonas vaginalis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum und HSV-1/-2
- STI Multiplex-PCR **EU** 58,28 €
Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium, Trichomonas vaginalis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum und Ureaplasma parvum
- HPV-Screening (high nsk) **AK** 33,51 €
- HPV-Typisierung **Atr/DZ/B** 53,62 €
(high + low risk)

SCHWANGERSCHAFTSVORSORGE

- β-häm. Streptokokken **A** 16,08 €
- ggf. Antibiogramm 10,76 €
- CMV-IgG-AK (Immunität) **S** 16,09 €
- ggf. CMV-IgM-AK **S** 20,11 €
- Parvovirus-IgG-AK (Immunität) **S** 16,09 €
- ggf. Parvovirus-IgM-AK **S** 20,11 €
- Toxoplasmose-Suchtest **S** 15,42 €
weiterf. Diagnostik, falls positiv (max) 46,92 €
- AFP **S** 16,76 €

HORMONE

- Anti-Müller-Hormon **S** 50,28 €
- β-HCG **S** 16,76 €
- TSH-basal **S** 16,76 €
- 17-beta-Östradiol **S** 23,46 €
- LH **S** 16,76 €
- FSH **S** 16,76 €
- Progesteron **S** 23,46 €
- Prolaktin **S** 23,46 €
- DHEA-S **S** 23,46 €
- Testosteron **S** 23,46 €
- SHBG **S** 30,16 €
- Freier Androgenindex **S** 53,62 €

ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN

- Spezifisches IgE s. Anforderungsbogen "Allergieabklärung", Kosten je Allergen 16,76 €
- Gesamt-IgE **S** 16,76 €
- Diaminoxidase **S** 50,28 €
- Histamin **■HP** 32,18 €

TUMORMARKER / KREBSVORSORGE

- Blut im Stuhl (iFOBT) **■** 12,06 €
- PSA **S** 20,11 €
bei Erhöhung ggf. PSA, frei
- CEA **S** 16,76 €
- CA 15-3 **S** 30,16 €
- CA 19-9 **S** 20,11 €
- CA 125 **S** 20,11 €
- NSE **Sz** 30,16 €

VITAMINE

- Vitamin A **●▲S** 24,13 €
- Vitamin B1 **●▲EV** 38,20 €
- Vitamin B2 **●▲EV** 38,20 €
- Vitamin B6 **●▲EP** 38,20 €
- Folsäure **●▲S** 16,76 €
- Vitamin B12 **●▲S** 16,76 €
- HoloTC **S** 32,18 €
- 25-Hydroxy-Vitamin D **▲S** 21,45 €
- Vitamin E **●▲S** 24,13 €
- Biotin (Vitamin H, B7) **S** 50,28 €

EISENSTOFFWECHSEL & SPURENELEM.

- Eisen **S** 2,68 €
- Ferritin **S** 16,76 €
- Transferrinsättigung **S** 9,38 €
- Zink **S** 6,04 €
- Selen **S** 27,49 €
- Kupfer **S** 2,68 €
- Magnesium **S** 2,68 €

ALKOHOL

- CDT (Alkoholmissbrauch) **S** 38,20 €
- EtG-Screen. (Alkoholkonsum) * **U** 24,13 €

DROGENTESTS

- Cannabis (THC-COOH), quant. **U** 60,33 €
- Drogenscreening Urin (Profil) * **U** 100,53 €
- Cannabinoide * **U** 16,76 €
- Amphetamine * **U** 16,76 €
- Benzodiazepine * **U** 16,76 €
- Kokain (als Metabolit) * **U** 16,76 €
- Opiate (inkl. syn.) * **U** 16,76 €
- Methadon (als EDDP) * **U** 16,76 €

* Bei positivem Screening wird eine Bestätigung empfohlen. Bitte wählen Sie:

- mit automatischer Bestätigung, je 60,33 €
- ohne Bestätigung (Probenlagerung 1 Monat)
- Drogenscreening Serum (Profil) **S** 120,66 €
Parameter wie Urin-Profil
- Cannabinoide **S** 60,33 €

SERVICE

- Befund an die Praxis faxen
- Online-Patientenbefund
- Befundkopie an den Patienten

WEITERE UNTERSUCHUNGEN

- Beratung (nach Ziffer 1) 10,72 €
- Beratung (nach Ziffer 3) 20,11 €
- Abstrichentnahme 5,36 €
- Blutentnahme 4,20 €

Praxisleistungen

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. Ich willige ein, dass meine Daten und abgegebenen Proben an ein anderes medizinisches Labor zur Untersuchung und Abwicklung dieses Auftrags übermittelt werden, sofern dies im Behandlungsverhältnis erforderlich ist und das Patienten-geheimnis gewahrt wird.

Datum Unterschrift des Patienten

Material: A = Abstrich | AK = Aptima-HPV-Kit | AL = Atemluft | Atr = Abstrich, trocken | B = Biopsie | Bal = Bronchiallavage | DZ = Abstrich (Dünnschicht-Zytologie) | EP = EDTA-Plasma | EU = Erststrahlurin | EV = EDTA-Vollblut | H = Hautschuppen | HB = Heparin-Blut | HP = Heparin-Plasma | S = Serum | sCi = saures Citrat-Vollblut | Sn = Serum, nüchtern | Sp = Sputum | St = Stuhl | Sz = Serum, ab zentrifugiert | U = Urin | ● = gekühlt | ■ = gefroren | ▲ = lichtgeschützt | □ = Sondermaterial, bitte anfordern



0045 1050 15