

Anforderungsschein für IGeL (Selbstzahler)

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

Quartal
Q J J
Geschlecht

Klinische Hinweise:

Kontakt (Patient)

Mail:

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

SSW

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

- Rechnung an Patient
- Rechnung an _____

Ärztl. Leistungen d. beh. Arztes

<input type="checkbox"/> 1	Beratung	10,72
<input type="checkbox"/> 3	eingehende Beratung	20,11
<input type="checkbox"/> A33	Besprechung ≥ 20 min.	40,22
<input type="checkbox"/> A31	Besprechung ≥ 30 min.	60,33
<input type="checkbox"/> A30	Besprechung ≥ 60 min.	120,66
<input type="checkbox"/> 250	Blutentnahme	4,20
<input type="checkbox"/> 298	Abstrichentnahme	5,36

LG Leistungen (GOÄ 1,0-fach)

<input type="checkbox"/>	Kleiner Gesundheits-Check	12,82
<input type="checkbox"/> 3551	Kleines Blutbild	E 3,50
<input type="checkbox"/> 3583	Harnsäure	S 2,33
<input type="checkbox"/> 3585	Kreatinin	S 2,33
<input type="checkbox"/> 3592	γ-GT	S 2,33
<input type="checkbox"/> 3562	Cholesterin	S 2,33

Großer Gesundheits-Check

<input type="checkbox"/> 3550	Großes Blutbild	E 4,67
<input type="checkbox"/>	Kl. Gesundheits-Check (ohne kleines Blutbild)	S 9,32
<input type="checkbox"/> 3555	Calcium	S 2,33
<input type="checkbox"/> 3557	Kalium	S 1,75
<input type="checkbox"/> 3562	Cholesterin	S 2,33
<input type="checkbox"/> 3564	LDL-Cholesterin	S 2,33
<input type="checkbox"/> 3563	HDL-Cholesterin	S 2,33
<input type="checkbox"/> 3565	Triglyceride	S 2,33
<input type="checkbox"/> 3581	Alkalische Phosphatase	S 2,33
<input type="checkbox"/> 3597	LDH	S 2,33
<input type="checkbox"/> 3594	GOT	S 2,33
<input type="checkbox"/> 3595	GPT	S 2,33
<input type="checkbox"/> 3560	Glucose	NaF 2,33
<input type="checkbox"/> 3561	HbA1c	E 11,66

Weitere LG Leistungen

<input type="checkbox"/> 3581	Bilirubin	S 2,33
<input type="checkbox"/> 3558	Natrium	S 1,75
<input type="checkbox"/> 3589	CHE	S 2,33
<input type="checkbox"/> 3588	Amylase	S 2,91
<input type="checkbox"/> 3562	Cholesterin	S 2,33
<input type="checkbox"/> 3620	Eisen	S 2,33
<input type="checkbox"/> 3575	Transferrin	S 5,83
<input type="checkbox"/> 3574	Serum-Eiweiß-Elektrophorese	S 11,66

Weitere Untersuchungen

Leistungen des Labors Stand: 07.2023

Arteriosklerose/Herz

<input type="checkbox"/>	Homocystein	Hm	33,22
<input type="checkbox"/>	Lipoprotein (a)	S	17,49
<input type="checkbox"/>	CRP	S	11,66
<input type="checkbox"/>	BNP	E	27,98
<input type="checkbox"/>	Adiponectin	S	43,72

Knochen/Osteoporose

<input type="checkbox"/>	Vitamin D (25-OH)	S	27,98
<input type="checkbox"/>	Phosphat anorganisch	S	2,33
<input type="checkbox"/>	Ostase	S	27,98
<input type="checkbox"/>	Crosslaps	S	27,98

Thrombose-Risiko

<input type="checkbox"/>	APC-Resistenz	C	26,23
<input type="checkbox"/>	Fakt. V(Leiden)-Mutat.	*E	99,10
<input type="checkbox"/>	Prothrom.-(FII)-Mutat.	*E	99,10
<input type="checkbox"/>	Faktor VIII	C	26,81
<input type="checkbox"/>	Protein C	C	26,23
<input type="checkbox"/>	Protein S	C	26,23
<input type="checkbox"/>	Antithrombin	C	10,49
<input type="checkbox"/>	Homocystein	Hm	33,22

Mangel

<input type="checkbox"/>	Ferritin/Transferrin/Eisen	S	22,73
<input type="checkbox"/>	Folsäure	S	14,57
<input type="checkbox"/>	Vitamin B 1	E	33,22
<input type="checkbox"/>	Vitamin B 6	S	33,22
<input type="checkbox"/>	Vitamin B 12	S	14,57
<input type="checkbox"/>	Holo-Transcobalamin (Vit. B12, aktiv)	S	27,97
<input type="checkbox"/>	Zink/Selen	S	29,15

Blutgruppe

<input type="checkbox"/>	Vollständig (ABO, Rh, AK-Sucht.) inkl. Ausweis	E	65,28
--------------------------	--	---	-------

Infektionsserologie/Impftiter

<input type="checkbox"/>	Covid-19 IgG AK (Impftiter)	S	20,40
<input type="checkbox"/>	Borrelia IgG/M AK	S	40,80
<input type="checkbox"/>	ggf. Borr. Immunoblot	S	93,26
<input type="checkbox"/>	Diphtherie AK	S	20,40
<input type="checkbox"/>	Duantiforon (Tub) (aus Lithium-Heparin)	S	128,23
<input type="checkbox"/>	Epstein-Barr-Virus (EBNA-IgG, EA-IgG, VCA-IgG/M)	S	69,96
<input type="checkbox"/>	Helic. pylori IgG/A AK	S	93,26
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A IgG AK	S	13,99
<input type="checkbox"/>	Hepatitis Bs AK (Impftiter)	S	13,99
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B (Anti Hbc)	S	17,49
<input type="checkbox"/>	Herpes simp. I/II IgG/M	S	45,46
<input type="checkbox"/>	Masern IgG AK	S	13,99
<input type="checkbox"/>	Mumps IgG AK	S	13,99
<input type="checkbox"/>	Pertussis IgG / A AK	S	40,80
<input type="checkbox"/>	Röteln IgG AK	S	13,99
<input type="checkbox"/>	Tetanus AK	S	20,40

Sexuell übertragbare Infektionen

<input type="checkbox"/>	HIV Suchtest	S	17,49
<input type="checkbox"/>	Lues Suchreaktion	S	13,41
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B (HBs-Ag)	S	14,57
<input type="checkbox"/>	Hepatitis C AK	S	23,31
<input type="checkbox"/>	STD Profil klein (Chlamydien, Gonorrhoe, Myko-/Ureaplasma, Trichomonaden, HSV I-II, H.ducreyil)	A	58,00
<input type="checkbox"/>	STD Profil groß (STD-Profil klein + HIV-Antikörper, Hepatitis, Syphilis)	A/S	85,00

Schwangerschaftsvorsorge

<input type="checkbox"/>	Cytomegalie IgG AK	S	13,99
<input type="checkbox"/>	Cytomegalie IgM AK	S	17,49
<input type="checkbox"/>	Cytomegalie IgM AK (nur wenn IgG positiv)	S	17,49
<input type="checkbox"/>	Toxoplasmose IgG AK	S	20,40
<input type="checkbox"/>	Toxoplasmose IgM AK	S	20,40
<input type="checkbox"/>	Toxoplasmose IgM AK (nur wenn IgG positiv)	S	20,40
<input type="checkbox"/>	Varizella IgG AK	S	13,99
<input type="checkbox"/>	Parvovirus B 19 IgG AK	S	13,99
<input type="checkbox"/>	Parvovirus IgM AK	S	17,49
<input type="checkbox"/>	Parvo-IgM AK (nur wenn IgG positiv)	S	17,49
<input type="checkbox"/>	B-Streptokokken	A	10,49

Hormone

<input type="checkbox"/>	TSH	S	14,57
<input type="checkbox"/>	LH	S	14,57
<input type="checkbox"/>	FSH	S	14,57
<input type="checkbox"/>	17β-Östradiol (E2)	S	20,40
<input type="checkbox"/>	Testosteron	S	20,40
<input type="checkbox"/>	SHBG	S	26,23
<input type="checkbox"/>	DHEA-S	S	20,40
<input type="checkbox"/>	Progesteron	S	20,40
<input type="checkbox"/>	Prolaktin	S	20,40
<input type="checkbox"/>	Anti-Müller-Hormon	S	43,72

Rheuma-Risiko

<input type="checkbox"/>	Rheuma-Faktor	S	10,49
<input type="checkbox"/>	CCP AK	S	26,23
<input type="checkbox"/>	ANA	S	16,90

Tumormarker

<input type="checkbox"/>	AFP (Leber und Keimzellen)	S	14,57
<input type="checkbox"/>	CA 15-3 (Brust)	S	26,23
<input type="checkbox"/>	CA 125 (Eierstöcke)	S	17,49
<input type="checkbox"/>	CA 19-9 (Galle, Pankreas, Kolon)	S	17,49
<input type="checkbox"/>	CEA (Darm, Magen, Gallenwege)	S	14,57
<input type="checkbox"/>	Chromogr. A (Neuroend. T.)	S	43,71
<input type="checkbox"/>	Cyfra 21-1 (Lunge, Blase)	S	26,23
<input type="checkbox"/>	Gesamt-PSA (Prostata)	S	17,49
<input type="checkbox"/>	ggf. freies PSA (Prostata)	S	17,49
<input type="checkbox"/>	HE 4 (Ovarien)	S	26,23
<input type="checkbox"/>	NSE (Lunge, kleinzellig)	S	26,23
<input type="checkbox"/>	S 100 (Melanom)	S	43,72
<input type="checkbox"/>	β-HCG (Hoden / Keimzellen)	S	14,57

Einsender, Arztpraxis

Darm/Stuhlchemie

<input type="checkbox"/>	Hb-Haptoglobin-Komp.	St	17,48
<input type="checkbox"/>	Darmkrebs-Screening (iFOBT) (Spezialröhrchent)	St	10,49
<input type="checkbox"/>	Calprotectin	St	26,23
<input type="checkbox"/>	Pankreas-Elastase	St	27,98
<input type="checkbox"/>	pH-Wert im Stuhl	St	2,33
<input type="checkbox"/>	Sekretorisches IgA	St	8,74
<input type="checkbox"/>	Alpha 1-Antitrypsin	St	10,49
<input type="checkbox"/>	Laktoferrin	St	14,57
<input type="checkbox"/>	Stuhlflora	St	62,00
<input type="checkbox"/>	Helic. pylori AG (Magen)	St	14,57

Drogen/Alkohol

<input type="checkbox"/>	CDT	S	33,23
<input type="checkbox"/>	Drogensuchtest (9 Substanzen)	U	46,04
	Einzelsubstanz:		
	_____	U	14,57

Allergien/Unverträglichkeit

<input type="checkbox"/>	Gesamt IgE	S	14,57
	Einzellergene:		
<input type="checkbox"/>	_____	S	14,57
<input type="checkbox"/>	_____	S	14,57

Sonstiges

<input type="checkbox"/>	Cystatin C	S	11,66
<input type="checkbox"/>	Laktose-Gen-Test	*E	90,33
<input type="checkbox"/>	Fruktose-Gen-Test	*E	107,81
<input type="checkbox"/>	V.a. Zöliakie (Transgl. IgA AK/IgA quant)	S	34,97

PCR-Bestimmungen

<input type="checkbox"/>	Covid 19 PCR 1,0	A	128,23
<input type="checkbox"/>	Covid 19 PCR 0,5	A	64,11
<input type="checkbox"/>	Chlamydia trach.	U/A	36,00
<input type="checkbox"/>	Gonorrhoe	U/A	36,00
<input type="checkbox"/>	HPV	A	49,54
<input type="checkbox"/>	Influenza (A+B)	A	69,94
<input type="checkbox"/>	Borrelia in der Zecke		45,00
<input type="checkbox"/>	FSME in der Zecke		45,00

A = Abstrich, C = Citrat-Blut, E = EDTA-Blut, H = Hep.-Blut, Hm = Homocystein-Röhrchen, NaF = NaF-Blut, S = Serum, St = Stuhl, U = Urin, * = Einverständniserklärung nach Gendiagnostikgesetz erforderlich

Erklärung des Patienten: Die von mir gewünschten Laborleistungen werden, wie im Beratungsgespräch erläutert, nicht von meiner Krankenkasse bezahlt. Ich wünsche die Laborleistungen dennoch und bin damit einverstanden, dass mir das Labor die oben genannten Kosten zusammen mit den Leistungen des überweisenden Arztes (z.B. Blutentnahme, Beratung) in Rechnung stellt.

Datum, Unterschrift des Patienten