

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname der Versicherten geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Praxisanschrift/-stempel

Auftragsnummer Labor

ohne Antibiogramm

Zusätzliche Anforderungen:

Geschlecht: w

Schwangerschaft: Woche + Tag

MVZ Labor PD Dr. Volkmann und Kollegen GbR
 Kriegsstraße 99
 76133 Karlsruhe
 Tel.: 0721-85000-0
 Fax: 0721-85000-199
 www.laborvolkmann.de

Abrechnungsmodus:

Arzt und Labor zusammen über PVS Arzt und Labor getrennt

Anforderungsbogen für individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) GYNÄKOLOGIE

Praxisleistungen		
Leistung	GOÄ-Ziffer	EURO
<input type="checkbox"/> Blutentnahme	250	4,20
<input type="checkbox"/> Abstrich (Mikrobiologie)	298	5,36
<input type="checkbox"/> Abstrich (Zytologie)	297	6,03
<input type="checkbox"/> 1. Beratung <10 Min.	1	10,72
<input type="checkbox"/> 1. Beratung >10 Min.	3	20,11
<input type="checkbox"/> 2. Beratung <10 Min.	1	10,72
<input type="checkbox"/> 2. Beratung >10 Min.	3	20,11
<input type="checkbox"/> _____		
<input type="checkbox"/> _____		

Vitamine, Spurenelemente		
Mat. Parameter	GOÄ-Ziffer	EURO
<input type="checkbox"/> S Kupfer	4131	2,33
<input type="checkbox"/> S Magnesium	3621	2,33
<input type="checkbox"/> S Selen	4134	23,90
<input type="checkbox"/> S*** Vitamin B9 (Folsäure)	4140	14,57
<input type="checkbox"/> S*** Vitamin B12	4140	14,57
<input type="checkbox"/> S* Vitamin D3 (25-OH)	4138	27,98
<input type="checkbox"/> S Vitamin H (Biotin)	4044	20,40
<input type="checkbox"/> S Zink	4135	5,25

Sonstige Parameter		
Mat. Parameter	GOÄ-Ziffer	EURO
<input type="checkbox"/> EB Blutgruppe ^{1 2} (inkl. Rhesus, Kell, AK-Suchtest)	3983/3985/3988	52,46
<input type="checkbox"/> S Calcium	3555	2,33
<input type="checkbox"/> S Cholesterin	3562H1	2,33
<input type="checkbox"/> S CRP (ultrasensitiv)	3741	11,66
<input type="checkbox"/> S Eiweiß	3573H1	1,75
<input type="checkbox"/> S Ferritin	3742	14,57
<input type="checkbox"/> CP Fibrinogen	3933	5,83
<input type="checkbox"/> FB Glukose	3560	2,33
<input type="checkbox"/> S Glukose	3560	2,33
<input type="checkbox"/> EB Großes Blutbild	3550/3551	4,67
<input type="checkbox"/> EB HbA1c	3561	11,66
<input type="checkbox"/> S HDL-Cholesterin	3563H1	2,33
<input type="checkbox"/> S** HOMA-Index	3560/4025	16,90
<input type="checkbox"/> HCY Homocystein	3737	33,22
<input type="checkbox"/> S** Insulin	4025	14,57
<input type="checkbox"/> EB Kleines Blutbild	3550	3,50
<input type="checkbox"/> S LDL-Cholesterin	3564H1	2,33
<input type="checkbox"/> S Lipid-Screening (4 Parameter)		9,32
<input type="checkbox"/> S Lipoprotein (a)	3730	17,49
<input type="checkbox"/> S* Ostase (Knochen-AP)	4062	27,98
<input type="checkbox"/> S Phosphat	3580H1	2,33
<input type="checkbox"/> S Transferrin-Sättigung	3620/3575	8,16
<input type="checkbox"/> S Triglyceride	3565H1	2,33

Immunität (Impftiter)		
Mat. Parameter	GOÄ-Ziffer	EURO
<input type="checkbox"/> S Hepatitis A (Anti-HAV IgG)	4382	13,99
<input type="checkbox"/> S Hepatitis B (Anti-HBs quant.)	4381	13,99
<input type="checkbox"/> S Masern-Virus IgG	4385	13,99
<input type="checkbox"/> S Mumps-Virus IgG	4386	13,99
<input type="checkbox"/> S Röteln-Virus IgG	4387	13,99
<input type="checkbox"/> S Varizella Zoster-Virus IgG (VZV)	4388	13,99

Infektionsdiagnostik		
Mat. Parameter	GOÄ-Ziffer	EURO
<input type="checkbox"/> S Cytomegalie-Virus IgG (CMV)	4378	13,99
<input type="checkbox"/> S Cytomegalie-Virus IgM (CMV)	4390/3768	38,47
<input type="checkbox"/> S Hepatitis C (anti-HCV) (Elisa) ²	4406	23,31
<input type="checkbox"/> S HIV-Test (HIV 1/2-AK) ²	4395	17,49
<input type="checkbox"/> S Parvo-Virus B19 IgG (Ringelröteln)	4389	13,99
<input type="checkbox"/> S Parvo-Virus B19 IgM (Ringelröteln)	3768/4404	41,38
<input type="checkbox"/> S Toxoplasmose gondii IgG	4468	20,40
<input type="checkbox"/> S Toxoplasmose gondii IgM	3768/4461	34,39
<input type="checkbox"/> S TPPA / Lues ²	4232	5,25
<input type="checkbox"/> U Chlamydia trachomatis	4565	14,57
Vaginalabstrich auf		
<input type="checkbox"/> A β-Streptokokken ²	2x4530	9,32
<input type="checkbox"/> A Chlamydia trachomatis	4565	14,57
<input type="checkbox"/> A Neisseria gonorrhoeae Antigen	4524	14,57

Tumormarker		
Mat. Parameter	GOÄ-Ziffer	EURO
<input type="checkbox"/> S AFP (Keimzell-Ca)	3743	14,57
<input type="checkbox"/> S Beta-HCG (Uterus-, Keimzell-Ca)	4024	14,57
<input type="checkbox"/> S CA 15-3 (Mamma-Ca)	3901H3	26,23
<input type="checkbox"/> S CA 72-4 (Uterus-Ca)	3904H3	26,23
<input type="checkbox"/> S CA 125 (Ovar-Ca)	3900H3	17,49
<input type="checkbox"/> S CEA (Mamma-, Zervix-Ca)	3905H3	14,57
<input type="checkbox"/> ST Colon-Ca:	2x4044	40,80
Humanes Hämoglobin, Häm-/Haptoglobin-Komplex		
<input type="checkbox"/> ST Häm-/Haptoglobin-Komplex	4044	20,40
Empfehlung: Durchführung aus 3 Proben von 3 Tagen		
<input type="checkbox"/> S SCC (Zervix-Ca)	3909H3	26,23

Hormone		
Mat. Parameter	GOÄ-Ziffer	EURO
<input type="checkbox"/> S Androstendion	4036	20,40
<input type="checkbox"/> S* Anti-Müller-Hormon (AMH)	4069	43,72
<input type="checkbox"/> S β-HCG	4024	14,57
<input type="checkbox"/> S Cortisol	4020	14,57
<input type="checkbox"/> S DHEA-S	4038	20,40
<input type="checkbox"/> S FSH	4021	14,57
<input type="checkbox"/> S FT3	4022H4	14,57
<input type="checkbox"/> S FT4	4023H4	14,57
<input type="checkbox"/> S Inhibin B	4069	43,72
<input type="checkbox"/> S Luteotropin (LH)	4026	14,57
<input type="checkbox"/> S Östradiol (E2)	4039	20,40
<input type="checkbox"/> S* Östron (E1)	4062	27,98
<input type="checkbox"/> EP* Parathormon (1-84)	4056	27,98
<input type="checkbox"/> S Progesteron	4040	20,40
<input type="checkbox"/> S Prolaktin	4041	20,40
<input type="checkbox"/> S SHBG	3765	26,23
<input type="checkbox"/> S Testosteron	4042	20,40
<input type="checkbox"/> S TSH (basal)	4030	14,57

Profile		
Mat. Parameter	GOÄ-Ziffer	EURO
<input type="checkbox"/> S _{HCY} Arteriosklerose-Screening I		47,21
<input type="checkbox"/> S _{CP} Arteriosklerose-Screening II		77,52
<input type="checkbox"/> S Haarausfall		136,39
<input type="checkbox"/> S Menopause-Screening		49,54
Fakultativ:		
<input type="checkbox"/> S* Anti-Müller-Hormon (AMH)	4069	43,72
<input type="checkbox"/> S* Östron (E1)	4062	27,98
<input type="checkbox"/> S _{S,CP} Osteoporose/Knochenstoffwechsel		173,11
<input type="checkbox"/> S* Ovarielle Reserve		136,98
<input type="checkbox"/> S Prämenopause		75,77

Die Erläuterungen der einzelnen Profile und deren Einzelaufistung finden Sie auf der Rückseite.

Endokrinologische Befundbeurteilung erbeten (ggf. konsiliarisch). Schwangerschaft bitte oben angeben.

Zusätzliche Angaben zur Patientin:
 Größe _____ cm Gewicht _____ kg
 Nikotinkonsum _____ Zig./Tag
 Zyklustag _____ Zykluslänge _____

Medikamente/Klinische Angaben/Fragestellung:

Bei Anforderungen im Rahmen eines pränatalen Screenings bzw. Pränatal-Tests (Harmony™ Prenatal Test) bitten wir um Kontaktaufnahme mit unserem Labor.



0001 0642 02

¹ Auf Material Etikett m. Name, Vorname u. Geburtsdatum notwendig

Material: A: Abstrich mit Medium, CP: Citrat-Plasma, EB: EDTA-Blut, EP: EDTA-Plasma, FB: NaF-Blut, HCY: Homocystein-Monovette®, S: Serum, ST: Stuhl, U: Urin, *: gekühlt, **: - 20 °C, ***: lichtgeschützt

Gesamthonorar der individuellen Gesundheitsleistungen

Gesamtkosten Labor	_____ Euro
Beratungshonorare	_____ Euro
Sonstige Praxisleistungen	_____ Euro
Summe:	_____ Euro

² Weitere Laborkosten aufgrund unvorhergesehener Analyseergebnisse und notwendige Folgeuntersuchungen sind möglich.

Einverständniserklärung (Dienstleistungsvertrag)

Ich wurde darüber informiert, dass die hier aufgeführten ärztlichen Leistungen unter den vorliegenden Gegebenheiten nicht zum Leistungskatalog meiner Krankenversicherung gehören. Ich werde die Kosten der angeforderten Leistungen selbst bezahlen. Die Gebühren werden auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet. Ich bin damit einverstanden, dass alle zur Rechnungsstellung notwendigen Unterlagen an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Südwest Mannheim weitergeleitet werden und dass die Honorarforderungen der beteiligten Ärzte zum Einzug an diese Verrechnungsstelle übergeben und abgetreten werden. Die ermittelten Laborergebnisse werden der beratenden Ärztin / dem beratenden Arzt zugestellt.

Ort, Datum und Unterschrift der Patientin