

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
 Gerwigstraße 67
 76131 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 |



0001 0642 02

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

| 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 _H CP _H Arteriosklerose-Screening I | | 47,21 |
| <input type="checkbox"/> S _H CP _H 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*,U,EP* 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.

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 | | Einverständniserklärung (Dienstleistungsvertrag) | |
|---|------------|--|--|
| Gesamtkosten Labor | _____ Euro | 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. | |
| Beratungshonorare | _____ Euro | | |
| Sonstige Praxisleistungen | _____ Euro | | |
| Summe: | _____ Euro | Ort, Datum und Unterschrift der Patientin _____ | |

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