

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

LABOR ENDERS

Prof. Dr. med. Gisela Enders & Kollegen MVZ
Rosenbergstr. 85 • 70193 Stuttgart
Tel. 0711 / 6357 - 0 • Fax - 202
www.labor-enders.de



Barcode ggf. hier einkleben

Individuelle Gesundheitsleistungen für GKV-Patienten

Einsender

Leistungen in der Praxis ¹⁾

ggf. Steigerungsfaktor eintragen		
GOÄ	Leistung	Kosten €
Beratung / Untersuchung		
☐	1. Beratung, einfach	10,72**
☐	2. Beratung, einfach	10,72**
☐	3. 1. Beratung >10 Minuten	20,11**
☐	3. 2. Beratung >10 Minuten	20,11**
☐	34. Befunderörterung >20 Minuten	40,22**
☐	5. Symptombezogene Untersuchung	10,72**
☐	8. Ganzkörperstatus	34,86**
Dokumentation		
☐	70. Kurze Bescheinigung	5,36**
☐	75. Ausführlicher Krankheitsbericht	17,43**
☐	80. Gutachterliche Stellungnahme	40,22**
Injektionen / Abstriche		
☐	250. Blutentnahme	4,20**
☐	252. Injektion, intramuskulär	5,36**
☐	253. Injektion, intravenös	9,38**
☐	298. Abstrichentnahme	5,36**
Apparative Diagnostik		
☐	415. Ultraschall i.d. Schwangerschaft	44,22**
☐	410. Organ-Ultraschall	26,81**
☐	403. Zuschlag transkavitär	15,74**
☐	420. US bis zu 3 weitere Organe	10,72**
☐	1006A. hochaufl. Fehlbildungs-US	110,75**
Sonstige Leistungen in der Praxis		

Mat.	1. Trimester-Screening	Laborkosten €
S	☐ Ersttrimester-Screening mit NT (GenDG)	52,40
S	☐ Ersttrimester-Screening mit NT+PLGF ²⁾	80,38
S	☐ Trisomie-21-Risiko, biochemisch (GenDG)	34,97
S	☐ MoM-Werte PAPP-A + freies β -hCG	34,97
S	☐ DoE-Werte PAPP-A + freies β -hCG	34,97
S	☐ nur Messwerte PAPP-A + freies β -hCG	34,97
Präeklampsie		
S	☐ Screening auf Präeklampsie SSW 11-14	48,38
S	☐ SFlit-1/PIGF-Quotient ab SSW 18+	55,96
oGTT		
GE	☐ oGTT 50 g (1 x GlucoExact-Blut)	2,33
GE	☐ oGTT 75 g (3 x GlucoExact-Blut)	6,99
Infektionsscreening		
☐	B-Streptokokken-Screening	14,57
(Abstrich / Transwab), empf. ab SSW 35		
☐	○ vaginal/rektal ○ vaginal/perianal	
STI-Screening		
A	☐ STI PCR-Panel 1 (C. trachomatis, N. gonorrh., M. genitalium/hominis, T. vaginalis, U. urealyticum/parvum)	52,47
A	☐ STI PCR-Panel 2 (HSV-1, HSV-2, VZV, Treponema pallidum, H. ducreyi)	69,96
U	☐ Chlamydia trachomatis PCR	29,14
U	☐ Gonokokken PCR	29,14
ED	☐ HIV1-PCR	128,23
S	☐ HIV-Test (AK + p24) (K)	17,49
S	☐ Hepatitis B HBsAg (K)	14,57
S	☐ Hepatitis C-AK (K)	23,31
S	☐ Syphilis-Suchreaktion (K)	20,40
(K) Zum Infektionsausschluss Kontrolle notwendig		

Schwangerschaft

Mat.	Infektionsscreening	Laborkosten €
S	☐ Cytomegalie-IgG	13,99
S	☐ Cytomegalie-IgM	17,49
S	☐ Cytomegalie-IgG + IgM, wenn IgG positiv	31,48
S	☐ Parvovirus-B19-IgG	13,99
S	☐ Parvovirus-B19-IgM	17,49
S	☐ Parvovirus-B19-IgG + IgM, wenn IgG positiv	31,48
S	☐ Toxoplasma-IgG	20,40
S	☐ Toxoplasma-IgM	20,40
S	☐ Toxoplasma-IgG + IgM, wenn IgG positiv	40,80
S	☐ Varizella-Zoster-IgG	13,99
☐	ggf. notwendige Infektionsabklärung zu Lasten der GKV ³⁾	

Einzeluntersuchungen

Mat.		€	Mat.		€
Infektionsdiagnostik			Hormone		
S	☐ Borrelien-IgG + -IgM	40,80	S	☐ AMH	43,72
S	☐ CMV-IgG	13,99	S	☐ Cortisol im Serum	14,57
S	☐ CMV-IgM	17,49	S	☐ DHEA-Sulfat	20,40
S	☐ FSME-IgG	13,99	S	☐ Estradiol	20,40
S	☐ Hepatitis A-gesamt-AK	13,99	S	☐ Estron	27,98
S	☐ Hepatitis B HBsAg	14,57	S	☐ FSH	14,57
S	☐ Hepatitis B anti-HBc-AK	17,49	S	☐ hCG	14,57
S	☐ Hepatitis B anti-HBs-AK	13,99	S*GE	☐ HOMA-Index	16,90
S	☐ Hepatitis-C-AK	23,31	S	☐ LH	14,57
S	☐ HIV-Test (AK + p24)	17,49	S	☐ Progesteron	20,40
A	☐ HPV high risk	29,14	S	☐ Prolaktin	20,40
A	☐ HPV high und low risk	99,09	S	☐ SHBG	26,23
S	☐ HSV-1/2-IgG	13,99	S	☐ Testosteron	20,40
S	☐ Listerien (LLO)-IgG	20,40	S	☐ TSH	14,57
S	☐ Masern-IgG (ELISA)	13,99	S	☐ FT3	14,57
S	☐ Masern-AK (Neutral.-Test.)	89,19	S	☐ FT4	14,57
S	☐ Mumps-IgG	13,99	Tumormarker		
S	☐ Parvovirus-B19-IgG	13,99	S	☐ PSA	17,49
S	☐ Parvovirus-B19-IgM	17,49	S	☐ Freies PSA	17,49
S	☐ Polio-AK (Typ 1,3)	59,46	Diabetes/Arteriosklerose		
S	☐ Röteln-IgG	13,99	GE	☐ BZ nüchtern	2,33
S	☐ SARS-CoV-2 (N.-Capsid)-AK	17,49	ED	☐ HbA1c	11,66
S	☐ SARS-CoV-2 (Spikeprot.)-IgG	17,49	S	☐ Cholesterin	2,33
A	☐ SARS-CoV-2 PCR	58,28	S	☐ HDL-Cholesterin	2,33
S	☐ Syphilis-Suchreaktion	20,40	S	☐ LDL-Cholesterin	2,33
S	☐ Tetanustoxin-IgG	20,40	S	☐ Triglyceride gesamt	2,33
S	☐ Toxoplasma-IgG	20,40	S	☐ CRP, high sensitive	11,66
S	☐ Toxoplasma-IgM	20,40	CP*	☐ Fibrinogen	5,83
HB	☐ Tuberkulose T-Spot	82,77	HCY	☐ Homocystein	33,22
S	☐ Varizella-Zoster-V.-IgG	13,99	S	☐ Lipoprotein (a)	17,49
S	☐ Zika-Virus-IgG + -IgM	31,48	Vitamine/Spurenelemente		

Sonstiges					
ED	☐ Blutbild, kleines	3,50	S	☐ Vitamin B 12	14,57
ED	☐ Blutbild, großes	4,67	S	☐ 25-OH-Vitamin D	27,98
ED	☐ Blutgruppe	29,14	S	☐ Selen i. S.	23,90
S	☐ Ferritin	14,57	S	☐ Zink i. S.	5,25
S	☐ y-GT	2,33	weitere Untersuchungen		
S	☐ GOT (AST)	2,33			
S	☐ GPT (ALT)	2,33			
IDK	☐ Blut im Stuhl (2 Proben)	34,96			

Eilige Übermittlung gewünscht ☐ telefonisch: _____

☐ auf die bekannte Faxnummer ☐ auf folgende Faxnummer: _____

telefonisch unter folgendem Codewort erfragen (nicht für Untersuchungen nach GenDG möglich!)

☐ Codewort: _____

Abn.-Dat.: _____ Uhrzeit: _____



0053 0034 16

SSW: _____ + _____ ZT: _____ Datum Erstgespräch: _____

Datum Zweitgespräch: _____

Parität: _____ - Gravida _____ - Para _____ ggf. PVS-Nummer: _____

Patienten-Einverständnis-Erklärung:

Ich bin darüber informiert worden, dass diese, von mir gewünschten ärztlichen Leistungen nicht zum Leistungsumfang meiner Krankenversicherung gehören. Ich werde die Kosten der Anforderungen selbst bezahlen. **Hinzu kommen Versandgebühren in Höhe von 5,54 Euro.** Ich bin damit einverstanden, dass alle zur Rechnungsstellung notwendigen Daten an die Privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS-Südwest GmbH) weitergeleitet werden und die Honorarforderungen der beteiligten Ärzte und des Labors an diese Verrechnungsstelle zum Einzug übergeben und abgetreten werden. Die ermittelten Laborergebnisse werden dem beratenden Arzt zugestellt.

Ort, Datum _____ Unterschrift des Patienten (Vor- und Zuname) _____

Hinweise zur Verwendung dieses Anforderungsformulars: siehe Rückseite Blatt 1.
Klinische und anamnestische Hinweise bitte auf der Rückseite vermerken.

1) Abrechnung des gesamten Auftrags über eine Privatärztliche Verrechnungsstelle, falls in der Praxis erbrachte Leistungen angegeben werden.

2) bzw. "GenDG": Einwilligung nach Gendiagnostik-Gesetz erforderlich, siehe Rückseite Blatt 1.

3) Ein Überweisungsschein liegt bei oder wird ggf. nachgereicht.

* Material muss gefroren sein!

** Die Preisangaben wurden mit dem bei Privatpatienten üblichen Faktor gesteigert (2,3/1,8). Ansonsten gilt der 1,0-fache GOÄ-Satz. Falls Sie einen abweichenden Steigerungsfaktor wünschen, bitte diesen in der grünen Spalte hinter dem Betrag eintragen.

Hinweise zur Benutzung dieses Formulars:

Dieses Formular ermöglicht die Anforderung von individuellen Gesundheitsleistungen (IGEL) in unserem Labor. Falls Sie dem Patienten gleichzeitig Ihre eigenen Leistungen oder Untersuchungen aus dem Bereich des MII-Basis-Labors in Rechnung stellen wollen, können Sie diese in der linken Spalte ankreuzen oder eintragen. In diesem Fall wird die Rechnung an den Patienten durch eine Privatärztliche Verrechnungsstelle gestellt.

Bitte ggf. den Steigerungsfaktor der GOÄ angeben.

Material-Legende

A	= Abstrich	S	= Serum
CB	= Citrat-Blut	IDK	= Spezialröhrchen f. Blut i. Stuhl
CP	= Citrat-Plasma	ST	= Stuhl
ED	= EDTA-Blut	U	= Urin
EP	= EDTA-Plasma	Z	= Zecke
GE	= Glucoexact-Röhrchen	*	= tiefgefroren
HB	= Heparinblut		
HCY	= Spezialröhrchen für Homocystein		

Klinische und anamnestische Angaben / Angaben zur Schwangerschaft

Die mit **Raster** gedruckten Angaben sind für einen zertifizierten Befund im ersten Trimester obligat.

SSW sonographisch

 +

SSW rechnerisch

 +

Letzte Regel

Voraussichtlicher Entbindungstermin

Datum der Blutentnahme

Gewicht der Patientin

 kg

SSL (mm)

, mm **FET 2** ,

NT (mm, auf eine Stelle nach dem Komma genau)

, mm ,

Datum der Ultraschalluntersuchung

☐ **Einlingsschwangerschaft**

☐ **Mehrlingsschwangerschaft**

Zahl der Feten ☐ monochorial ☐ dichorial

☐ ICSI/IVF, Alter der Eizelle

Frühere Schwangerschaften mit Trisomie 21/18/13

☐ Trisomie 21 ☐ Trisomie 18 ☐ Trisomie 13

☐ Erstgebärende ☐ 2.- oder Multipara

Nasenknochen ☐ vorhanden ☐ nicht vorhanden

Raucherstatus ☐ Nichtraucherin ☐ Raucherin

Ethnische Herkunft ☐ Weiße ☐ Andere Hautfarbe

welche?

Diabetes der Mutter ☐ ja ☐ nein

Einwilligungserklärung

zur Durchführung einer genetischen Untersuchung nach dem Gendiagnostikgesetz durch das Labor Enders

Vorgesehene Untersuchung:

☐ Genotypisierung Faktor V und/oder Prothrombin-Mutation

☐ Andere Genanalyse: _____

☐ Vorgeburtliche Risikoanalyse auf das Vorliegen einer Chromosomenstörung beim Kind

Ziel einer vorgeburtlichen Risikoanalyse ist das Ermitteln der Wahrscheinlichkeit, mit der eine Trisomie 21, 13 oder 18 bei Ihrem Feten vorliegt. Es handelt sich bei dieser Untersuchung **nicht** um eine Untersuchung des Erbguts Ihres Kindes.

Patientendaten:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ/Ort

Nachdem die folgenden Fragen mit Ihnen erörtert wurden, beantworten Sie bitte diese durch das Ankreuzen mit Ja oder Nein:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für Nachforderungen im Labor aufbewahrt wird.

☐ Ja

☐ Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse meiner Untersuchungen im Labor bzw. der Arztpraxis länger als 10 Jahre aufbewahrt werden.

☐ Ja

☐ Nein

Ich bin damit einverstanden, dass anonymisiertes Probenmaterial zum Zwecke der internen Qualitätssicherung verwendet wird.

☐ Ja

☐ Nein

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Ärzte ebenfalls eine Befundmitteilung erhalten:

☐ Ja

☐ Nein

Hiermit erteile ich mein Einverständnis für die Durchführung der oben genannten Untersuchung bei mir oder bei meinem minderjährigen Kind. Über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft dieser Untersuchung wurde ich von meinem Arzt hinreichend informiert, auch wurde mir eine ausreichende Bedenkzeit eingeräumt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung bis zum Zeitpunkt der Untersuchung jederzeit widerrufen kann.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Befundmitteilung durch das Labor direkt an den Patienten nicht zulässig ist.

Ort

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

(Name des aufklärenden Arztes)

Unterschrift des aufklärenden Arztes

LABOR ENDERS