

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. einkleben

Individuelle Gesundheitsleistungen für GKV-Patienten

Einsender

Leistungen in der Praxis¹⁾

ggf. Steigerungsfaktor eintragen

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

Schwangerschaft

Mat. 1. Trimester-Screening

Mat.	Leistung	Laborkosten €
<input type="checkbox"/>	S Ersttrimester-Screening mit NT (GenDG)	52,40
<input type="checkbox"/>	S Ersttrimester-Screening mit NT+PLGF ²⁾	80,38
<input type="checkbox"/>	S Trisomie-21-Risiko, biochemisch (GenDG)	34,97
<input type="checkbox"/>	S MoM-Werte PAPP-A + freies β-hCG	34,97
<input type="checkbox"/>	S DoE-Werte PAPP-A + freies β-hCG	34,97
<input type="checkbox"/>	S nur Messwerte PAPP-A + freies β-hCG	34,97

Präeklampsie

<input type="checkbox"/>	S Screening auf Präeklampsie SSW 11-14	48,38
<input type="checkbox"/>	S SFit-1/PIGF-Quotient ab SSW 18+	55,96

oGTT

GE	<input type="checkbox"/>	oGTT 50 g (1 x GlucoExact-Blut)	2,33
GE	<input type="checkbox"/>	oGTT 75 g (3 x GlucoExact-Blut)	6,99

Infektionsscreening

<input type="checkbox"/>	B-Streptokokken-Screening	14,57
(Abstrich / Transwab), empf. ab SSW 35		
<input type="checkbox"/>	vaginal/rektal	
<input type="checkbox"/>	vaginal/perianal	

STI-Screening

A	<input type="checkbox"/>	Chlamydia trachomatis NAT**	29,14
A	<input type="checkbox"/>	Gonokokken NAT**	29,14
A	<input type="checkbox"/>	Trichomonas vag.	29,14
S	<input type="checkbox"/>	HIV-Test (AK + p24) (K)	17,49
S	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B HBsAg (K)	14,57
S	<input type="checkbox"/>	Hepatitis C-AK (K)	23,31
S	<input type="checkbox"/>	Syphilis-Suchreaktion	13,41
(K) Zum Infektionsausschluss Kontrolle notwendig			

Mat. Infektionsscreening

Mat.	Leistung	Laborkosten €
<input type="checkbox"/>	S Cytomegalie-IgG-AK	13,99
<input type="checkbox"/>	S Cytomegalie-IgM-AK	17,49
<input type="checkbox"/>	S Cytomegalie-IgG-AK + IgM, wenn IgG positiv	max. 31,48
<input type="checkbox"/>	S Parvovirus-IgG-AK	13,99
<input type="checkbox"/>	S Parvovirus-IgM-AK	17,49
<input type="checkbox"/>	S Parvovirus-IgG-AK + IgM, wenn IgG positiv	max. 31,48
<input type="checkbox"/>	S Toxoplasmose-IgG-AK	20,40
<input type="checkbox"/>	S Toxoplasmose-IgM-AK	20,40
<input type="checkbox"/>	S Toxoplasmose-IgG-AK + IgM, wenn IgG positiv	max. 40,80
<input type="checkbox"/>	S Varizella-Zoster-IgG-AK	13,99
<input type="checkbox"/>	ggf. notwendige Infektionsabklärung zu Lasten der GKV ³⁾	

Einzeluntersuchungen

Mat.	Leistung	€	Mat.	Leistung	€		
Infektionsdiagnostik							
<input type="checkbox"/>	S Borrelien-IgG-AK	20,40	<input type="checkbox"/>	S AMH	43,72		
<input type="checkbox"/>	S Borrelien-IgM-AK	20,40	<input type="checkbox"/>	S Cortisol im Serum	14,57		
<input type="checkbox"/>	S CMV-AK IgG	13,99	<input type="checkbox"/>	S DHEA-Sulfat	20,40		
<input type="checkbox"/>	S CMV-AK IgM	17,49	<input type="checkbox"/>	S Estradiol	20,40		
<input type="checkbox"/>	S FSME-IgG-AK	13,99	<input type="checkbox"/>	S Estron	27,98		
<input type="checkbox"/>	S Hepatitis A-gesamt-AK	13,99	<input type="checkbox"/>	S FSH	14,57		
<input type="checkbox"/>	S Hepatitis B HBsAg	14,57	<input type="checkbox"/>	S hCG	14,57		
<input type="checkbox"/>	S Hepatitis B anti-HBc-AK	17,49	<input type="checkbox"/>	S ^{GE} HOMA-Index	16,90		
<input type="checkbox"/>	S Hepatitis B anti-HBs-AK	13,99	<input type="checkbox"/>	S LH	14,57		
<input type="checkbox"/>	S Hepatitis C-AK	23,31	<input type="checkbox"/>	S Progesteron	20,40		
<input type="checkbox"/>	E HCV RNA (VL)	128,23	<input type="checkbox"/>	S Prolaktin	20,40		
<input type="checkbox"/>	S HIV-Test (AK + p24)	17,49	<input type="checkbox"/>	S SHBG	26,23		
<input type="checkbox"/>	E HIV-1 RNA (VL)	128,23	<input type="checkbox"/>	S Testosteron	20,40		
<input type="checkbox"/>	A HPV high risk	29,14	<input type="checkbox"/>	S TSH	14,57		
<input type="checkbox"/>	A HPV high und low risk	99,09	<input type="checkbox"/>	S FT3	14,57		
<input type="checkbox"/>	A HSV DNA-NW LCPCR	99,09	<input type="checkbox"/>	S FT4	14,57		
<input type="checkbox"/>	S HSV-1/2-IgG im Serum	13,99	Tumormarker				
<input type="checkbox"/>	E Listerien (LLO)-IgG	20,40	<input type="checkbox"/>	S PSA	17,49		
<input type="checkbox"/>	S Masern-IgG-AK	13,99	<input type="checkbox"/>	S Freies PSA	17,49		
<input type="checkbox"/>	S Mumps-IgG EIA	13,99	Diabetes/Arteriosklerose				
<input type="checkbox"/>	S Parvovirus-B19-IgG	13,99	GE	<input type="checkbox"/>	BZ nüchtern	2,33	
<input type="checkbox"/>	S Parvovirus-B19-IgM	17,49	ED	<input type="checkbox"/>	HbA1-c	11,66	
<input type="checkbox"/>	S Polio-AK (Typ 1,3)	49,46	<input type="checkbox"/>	S Cholesterin	2,33		
<input type="checkbox"/>	S Röteln-IgG EIA	13,99	<input type="checkbox"/>	S HDL-Cholesterin	2,33		
<input type="checkbox"/>	S Syphilis-Suchreaktion	13,41	<input type="checkbox"/>	S LDL-Cholesterin	2,33		
<input type="checkbox"/>	S Tetanus-IgG-AK	20,40	<input type="checkbox"/>	S Triglyceride gesamt	2,33		
<input type="checkbox"/>	S Toxo-IgG CMA	20,40	<input type="checkbox"/>	S CRP, high sensitive	11,66		
<input type="checkbox"/>	S Toxo-IgM CMA	20,40	CP*	<input type="checkbox"/>	Fibrinogen	5,83	
HB	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose T-Spot	82,77	EP	<input type="checkbox"/>	Homocystein	33,22
<input type="checkbox"/>	S Varizella-Zoster-IgG	13,99	<input type="checkbox"/>	S Lipoprotein (a)	17,49		
<input type="checkbox"/>	S Zika-Virus-IgG-AK	13,99	Vitamine/Spurenelemente				
<input type="checkbox"/>	S Zika-Virus-IgM-AK	17,49	S*	<input type="checkbox"/>	Folsäure	14,57	
Sonstiges							
ED	<input type="checkbox"/>	Blutbild, kleines	3,50	<input type="checkbox"/>	S Vitamin B 12	14,57	
ED	<input type="checkbox"/>	Blutbild, großes	4,67	<input type="checkbox"/>	S 25-OH-Vitamin D	27,98	
ED	<input type="checkbox"/>	Blutgruppe	29,14	<input type="checkbox"/>	S Selen i. S.	23,90	
<input type="checkbox"/>	S Ferritin	14,57	<input type="checkbox"/>	S Zink i. S.	5,25		
<input type="checkbox"/>	S y-GT	2,33	weitere Untersuchungen				
<input type="checkbox"/>	S GOT (AST)	2,33					
<input type="checkbox"/>	S GPT (ALT)	2,33					
SR	<input type="checkbox"/>	Blut im Stuhl (2 Proben)	34,96				

Eilige Befundübermittlung gewünscht

auf die bekannte Faxnummer

auf folgende Faxnummer: _____

telefonisch:

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

Codewort:

Abnahmedatum: _____



Uhrzeit: _____

SSW: _____ + _____

Datum Erstgespräch: _____

Parität: _____ - Gravida _____ - Para

Datum Zweitgespräch: _____

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 3,73 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 Laboregebnisse 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!

** NAT: Nukleinsäure-Amplifikations-Test (z. B. PCR)

*** Die mit *** gekennzeichneten 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	SR = 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	

Klinische und anamnestische Angaben / Angaben zur Schwangerschaft

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

SSW sonographisch	<input type="text"/> + <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Einlingschwangerschaft
SSW rechnerisch	<input type="text"/> + <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mehrlingschwangerschaft
Letzte Regel	<input type="text"/>	Zahl der Feten <input type="text"/>
Voraussichtlicher Entbindungstermin	<input type="text"/>	Frühere Schwangerschaften mit Trisomie 21/18/13
Datum der Blutentnahme	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Trisomie 21 <input type="checkbox"/> Trisomie 18 <input type="checkbox"/> Trisomie 13
Gewicht der Patientin	<input type="text"/> kg	<input type="checkbox"/> Erstgebärende <input type="checkbox"/> 2.- oder Multipara
SSL (mm)	<input type="text"/> , <input type="text"/> mm <input type="checkbox"/> FET 2	Nasenknochen <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
NT (mm, auf eine Stelle nach dem Komma genau)	<input type="text"/> , <input type="text"/> mm <input type="checkbox"/> FET 2	Raucherstatus <input type="checkbox"/> Nichtraucherin <input type="checkbox"/> Raucherin
Datum der Ultraschalluntersuchung	<input type="text"/>	Ethnische Herkunft <input type="checkbox"/> Weiße <input type="checkbox"/> Andere Hautfarbe
		Diabetes der Mutter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse meiner Untersuchungen im Labor bzw. der Arztpraxis länger als 10 Jahre aufbewahrt werden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass anonymisiertes Probenmaterial zum Zwecke der internen Qualitätssicherung verwendet wird.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass folgende Ärzte ebenfalls eine Befundmitteilung erhalten:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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 _____