

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 Praxis¹⁾

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	Laborkosten €
<input type="checkbox"/> Ersttrimester-Screening mit NT (GenDG)	52,40
<input type="checkbox"/> Ersttrimester-Screening mit NT+PLGF ²⁾	80,38
<input type="checkbox"/> Trisomie-21-Risiko, biochemisch (GenDG)	34,97
<input type="checkbox"/> MoM-Werte PAPP-A + freies β-hCG	34,97
<input type="checkbox"/> DoE-Werte PAPP-A + freies β-hCG	34,97
<input type="checkbox"/> nur Messwerte PAPP-A + freies β-hCG	34,97
Präeklampsie	
<input type="checkbox"/> Screening auf Präeklampsie SSW 11-14	48,38
<input type="checkbox"/> SFlit-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	Laborkosten €
<input type="checkbox"/> Cytomegalie-IgG-AK	13,99
<input type="checkbox"/> Cytomegalie-IgM-AK	17,49
<input type="checkbox"/> Cytomegalie-IgG-AK	31,48
<input type="checkbox"/> Parvovirus-B19-IgG-AK	13,99
<input type="checkbox"/> Parvovirus-B19-IgM-AK	17,49
<input type="checkbox"/> Parvovirus-B19-IgG-AK	31,48
<input type="checkbox"/> Toxoplasma-IgG-AK	20,40
<input type="checkbox"/> Toxoplasma-IgM-AK	20,40
<input type="checkbox"/> Toxoplasma-IgG-AK	40,80
<input type="checkbox"/> Varizella-Zoster-IgG-AK	13,99
ggf. notwendige Infektionsabklärung zu Lasten der GKV ³⁾	

Einzeluntersuchungen

Mat.	€	Mat.	€
Infektionsdiagnostik		Hormone	
S <input type="checkbox"/> Borrelien-IgG- + IgM-AK	40,80	S <input type="checkbox"/> AMH	43,72
S <input type="checkbox"/> CMV-IgG-AK	13,99	S <input type="checkbox"/> Cortisol im Serum	14,57
S <input type="checkbox"/> CMV-IgM-AK	17,49	S <input type="checkbox"/> DHEA-Sulfat	20,40
S <input type="checkbox"/> FSME-IgG-AK	13,99	S <input type="checkbox"/> Estradiol	20,40
S <input type="checkbox"/> Hepatitis A-gesamt-AK	13,99	S <input type="checkbox"/> Estron	27,98
S <input type="checkbox"/> Hepatitis B HBsAg	14,57	S <input type="checkbox"/> FSH	14,57
S <input type="checkbox"/> Hepatitis B anti-HBc-AK	17,49	S <input type="checkbox"/> hCG	14,57
S <input type="checkbox"/> Hepatitis B anti-HBs-AK	13,99	S*GE <input type="checkbox"/> HOMA-Index	16,90
S <input type="checkbox"/> Hepatitis C-AK	23,31	S <input type="checkbox"/> LH	14,57
S <input type="checkbox"/> HIV-Test (AK + p24)	17,49	S <input type="checkbox"/> Progesteron	20,40
A <input type="checkbox"/> HPV high risk	29,14	S <input type="checkbox"/> Prolaktin	20,40
A <input type="checkbox"/> HPV high und low risk	99,09	S <input type="checkbox"/> SHBG	26,23
A <input type="checkbox"/> HSV DNA-NW LCPCR	99,09	S <input type="checkbox"/> Testosteron	20,40
S <input type="checkbox"/> HSV-1/2-IgG im Serum	13,99	S <input type="checkbox"/> TSH	14,57
S <input type="checkbox"/> Listerien (LLO)-IgG-AK	20,40	S <input type="checkbox"/> FT3	14,57
S <input type="checkbox"/> Masern-IgG-AK	13,99	S <input type="checkbox"/> FT4	14,57
S <input type="checkbox"/> Masern NT	89,19	Tumormarker	
S <input type="checkbox"/> Mumps-IgG-AK	13,99	S <input type="checkbox"/> PSA	17,49
S <input type="checkbox"/> Parvovirus-B19-IgG-AK	13,99	S <input type="checkbox"/> Freies PSA	17,49
S <input type="checkbox"/> Parvovirus-B19-IgM-AK	17,49	Diabetes/Arteriosklerose	
S <input type="checkbox"/> Polio-AK (Typ 1,3)	59,46	GE <input type="checkbox"/> BZ nüchtern	2,33
S <input type="checkbox"/> Röteln-IgG-AK	13,99	ED <input type="checkbox"/> HbA1-c	11,66
S <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2-AK n. Infektion	17,49	S <input type="checkbox"/> Cholesterin	2,33
S <input type="checkbox"/> SARS-CoV2 S IgG n. Impfung	17,49	S <input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin	2,33
A <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 RNA	75,77	S <input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin	2,33
S <input type="checkbox"/> Syphilis-Suchr.	13,41	S <input type="checkbox"/> Triglyceride gesamt	2,33
S <input type="checkbox"/> Tetanus-IgG-AK	20,40	S <input type="checkbox"/> CRP, high sensitive	11,66
S <input type="checkbox"/> Toxoplasma-IgG-AK	20,40	CP* <input type="checkbox"/> Fibrinogen	5,83
S <input type="checkbox"/> Toxoplasma-IgM-AK	20,40	EP <input type="checkbox"/> Homocystein	33,22
HB <input type="checkbox"/> Tuberkulose T-Spot	82,77	S <input type="checkbox"/> Lipoprotein (a)	17,49
S <input type="checkbox"/> Varizella-Zoster-IgG-AK	13,99	Vitamine/Spurenelemente	
S <input type="checkbox"/> Zika-Virus-IgG-AK	13,99	S* <input type="checkbox"/> Folsäure	14,57
Sonstiges		S <input type="checkbox"/> Vitamin B 12	14,57
ED <input type="checkbox"/> Blutbild, kleines	3,50	S <input type="checkbox"/> 25-OH-Vitamin D	27,98
ED <input type="checkbox"/> Blutbild, großes	4,67	S <input type="checkbox"/> Selen i. S.	23,90
ED <input type="checkbox"/> Blutgruppe	29,14	S <input type="checkbox"/> Zink i. S.	5,25
S <input type="checkbox"/> Ferritin	14,57	weitere Untersuchungen	
S <input type="checkbox"/> y-GT	2,33		
S <input type="checkbox"/> GOT (AST)	2,33		
S <input type="checkbox"/> 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 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!
 ** 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.