

Patienten-Daten

Name, Vorname des Patienten, Adresse

geb. am

IGeL – UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG
Drogen-Screening

Nr. 213432

MVZ Laborzentrum Ettlingen GmbH

Otto-Hahn-Straße 18 • 76275 Ettlingen • Tel. 07243 516-304 • Fax 07243 516-393

Rechnung an: Patient

männl.
 weibl.

Probenmaterial:

Diagnose:

Abnahme-Datum/-Uhrzeit:

Barcode

Datum, Arztstempel und Unterschrift

Material: U = Urin

(Abrechnung 1,0-fache GOÄ) Preise in €

Bitte gewünschte Untersuchungen anstreichen!



Drogenscreening	Mat.	€	Bestätigungstest	€
<input type="checkbox"/> Amphetamine, Benzodiazepine, Barbiturate, Cannabis, Cocain, Methadon, Opiate ohne Bestätigungstest!	U	101,99	Bei jeder positiv getesteten Droge im Screening muss ein Bestätigungstest gemacht werden, für jede positive Droge jeweils zusätzlich	52,46
Drogen-Einzelbestimmung ohne Bestätigungstest!				
<input type="checkbox"/> Amphetamine	je Droge U	14,57		
<input type="checkbox"/> Benzodiazepine				
<input type="checkbox"/> Barbiturate				
<input type="checkbox"/> Cannabis				
<input type="checkbox"/> Cocain				
<input type="checkbox"/> Methadon				
<input type="checkbox"/> Opiate				
Bitte beachten Sie, dass bei jedem Drogentest auch Kreatinin im Urin bestimmt wird, um eine Verdünnung des Urins auszuschließen. Kosten zusätzlich		2,33	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

Vereinbarung über die Anforderung von Individuellen Gesundheits-Leistungen

IGeL sind individuelle Gesundheitsleistungen, die wünschenswert, aber nicht obligat erforderlich sind. Sie fallen deshalb nicht in das Leistungsspektrum gesetzlicher Krankenkassen.

Ich bitte daher, die oben beantragten Untersuchungen bei mir / für mich durchzuführen und entsprechend der gesetzlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit mir abzurechnen. Ich bestätige, dass ich gewillt und in der Lage bin, den Rechnungsbetrag zu begleichen.

Mit der Weitergabe der zur Rechnungsstellung, zum Einzug und zur Abtretung der Forderungen notwendigen Daten an diese Abrechnungsstelle bin ich einverstanden.

Hierüber wurde ich von meiner Ärztin / meinem Arzt aufgeklärt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in