

Patienten-Daten

Name, Vorname des Patienten, Adresse geb. am

IGeL – UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG
Gynäkologen / Ersttrimestertest Nr. 213430

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

Bitte dieses Feld
 nicht bekleben,
 nur für Laborintern Barcode

Rechnung an: Patientin

Prob material:

Diagnose:

Abnahme-Datum Uhrzeit:

Datum, Arztstempel und Unterschrift

Material: Abstr. = Abstrich, E = EDTA-Blut, F = Fibrinogen, H = Hämoglobin, S = Serum, St = Stuhl

Bitte gewünschte Untersuchungen anstreichen

Bitte folgende Angaben ausfüllen

Patientin schwanger? ja nein SSW: _____

Nackentransparenz (NT): _____

Scheitelsteißlänge (SSL): _____

Gewicht (kg) _____

Raucherin ja _____ nein _____

Kaukasierin ja _____ nein _____

Ersttrimestertest:

PAPP-A und β -HCG (freie β -Kette) S 42,55 €

Ein Vorteil des **Ersttrimestertests** liegt darin, dass er früh (**zwischen 11+1 und 13+6 Schwangerschaftswochen**) durchführbar ist.

Allgemeine Labordiagnostik			Hormone			Infektionsdiagnostik		
	Mat.	€		Mat.	€		Mat.	€
<input type="checkbox"/> Anti-Müller-Hormon	S	43,72	<input type="checkbox"/> Androstendion	S	20,40	<input type="checkbox"/> Antistreptolysin (ASL)	S	10,49
<input type="checkbox"/> Antioxidative Kapazität	S	20,40	<input type="checkbox"/> Cortisol	S	14,57	<input type="checkbox"/> Chlamydia trachom.-DNA	Abstr.	46,63
<input type="checkbox"/> CEA	S	52,46	<input type="checkbox"/> DHEA-S	S	20,40	<input type="checkbox"/> Cytomegalie (CMV)-IgG	S	13,99
<input type="checkbox"/> CRP, sensitiv	S	11,66	<input type="checkbox"/> FSH	S	14,57	<input type="checkbox"/> Hepatitis A (AHAV)	S	13,99
<input type="checkbox"/> Ferritin	S	14,57	<input type="checkbox"/> LH	S	14,57	<input type="checkbox"/> Hepatitis B (AHBS)	S	13,99
<input type="checkbox"/> Glukose	F	2,33	<input type="checkbox"/> Estradiol (E2)	S	20,40	<input type="checkbox"/> Hepatitis C (AHCV)	S	23,32
<input type="checkbox"/> HbA1c	E	11,66	<input type="checkbox"/> Progesteron	S	20,40	<input type="checkbox"/> HIV-I/II-Kombitest	S	17,49
<input type="checkbox"/> Homocystein	SZ	33,22	<input type="checkbox"/> Prolaktin	S	20,40	<input type="checkbox"/> HPV "high risk" (PCR)	Abstr.	64,00
<input type="checkbox"/> Magnesium	H	6,99	<input type="checkbox"/> SHBG	S	26,23	<input type="checkbox"/> Influenza A-IgG	S	17,49
<input type="checkbox"/> Ostase	S	27,98	<input type="checkbox"/> Testosteron, ges.	S	20,40	<input type="checkbox"/> Influenza B-IgG	S	17,49
<input type="checkbox"/> PTH	S	27,98				<input type="checkbox"/> Masern-IgG	S	13,99
<input type="checkbox"/> ox. LDL	S	27,98	Schilddrüse			<input type="checkbox"/> Mumps-IgG	S	13,99
<input type="checkbox"/> Selen	E	23,90	<input type="checkbox"/> FT3	S	14,57	<input type="checkbox"/> Mykoplasmen	S	14,57
<input type="checkbox"/> Zink	E	5,25	<input type="checkbox"/> FT4	S	14,57	<input type="checkbox"/> Parvovirus-IgG-Elisa	S	17,49
<input type="checkbox"/> Folsäure	S	14,57	<input type="checkbox"/> TAK	S	26,23	<input type="checkbox"/> Pertussis-IgG	S	20,40
<input type="checkbox"/> Vitamin B12	S	14,57	<input type="checkbox"/> TPO	S	26,23	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose-IgG-AK (ITOXO)	S	16,90
<input type="checkbox"/> Vitamin C	S	17,49	<input type="checkbox"/> TRAK	S	26,23	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose-IgM (ITO-EM)	S	20,40
<input type="checkbox"/> 25-OH-Vitamin D	S	27,98	<input type="checkbox"/> TSH basal	S	14,57	<input type="checkbox"/> Varizella-Zoster-IgG	S	13,99
<input type="checkbox"/> 1.25-Di-OH-Vitamin D	S	43,72				<input type="checkbox"/> hämolsierende Streptokokken B	S	25,66
<input type="checkbox"/> Vitamin H (Biotin)	S	43,72	„Leaky Gut“-Diagnostik					
<input type="checkbox"/> Blut im Stuhl, immunologisch,	St	20,40	<input type="checkbox"/> „Leaky Gut“-Profil	S	96,18			
<input type="checkbox"/> Hämoglobin-Haptoglobin-Kompl.	St	26,23	(Zonulin + 24 Nahrungsmittelantigene)					
			<input type="checkbox"/> Zonulin	S, St	43,72	<input type="checkbox"/> Sonstiges:		
			<input type="checkbox"/> Firmicutes / Bacteroidetes	St	81,60			
			-Ratio (FiBa-Ratio)					

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 Patientin