

Patienten-Daten

Name, Vorname des Patienten, Adresse

geb. am

**IGeL – UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG**  
**Infektionsdiagnostik**

Nr. 213429

**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: Abstr. = Abstrich, H = Heparinblut, S = Serum

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

Bitte gewünschte Untersuchungen anstreichen!

Infektionsdiagnostik	Mat.	€	Infektionsdiagnostik	Mat.	€	Impfstatus	Mat.	€
<input type="checkbox"/> Babesia microti-IgG	S	29,73	<input type="checkbox"/> Parapertussis-IgG (IFT)	S	29,73	<input type="checkbox"/> Diphtherie-Toxin-AK	S	20,40
<input type="checkbox"/> Bartonella-IgG	S	29,73	<input type="checkbox"/> Parvovirus-IgG-Elisa	S	17,49	<input type="checkbox"/> FSME-AK	S	13,99
<input type="checkbox"/> Bordetella pert.-IgG-Elisa	S	20,40	<input type="checkbox"/> Parvovirus-IgG-Blot	S	46,63	<input type="checkbox"/> Influenza A-IgG	S	17,49
<input type="checkbox"/> Bordetella pert.-IgG-Blot	S	46,63	<input type="checkbox"/> Rickettsia mooseri (IFT)	S	29,73	<input type="checkbox"/> Influenza B-IgG	S	17,49
<input type="checkbox"/> Borrelien-IgG-Elisa	S	20,40	<input type="checkbox"/> Rickettsia conori (IFT)	S	29,73	<input type="checkbox"/> Masern-IgG	S	13,99
<input type="checkbox"/> Borrelien-IgG-Blot	S	46,63	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose-IgG-AK	S	16,90	<input type="checkbox"/> Mumps-IgG	S	13,99
<input type="checkbox"/> Brucella-IgG	S	20,40	<input type="checkbox"/> Tuberkulose (Elispot)	2xH	115,98	<input type="checkbox"/> Pertussis-IgG	S	20,40
<input type="checkbox"/> Candida-IgG	S	29,73	(Tuberkulose-Interferon-Gamma- Releasing Test)			<input type="checkbox"/> Polio-Impfschutz	S	89,19
<input type="checkbox"/> Chlamydien pneumon. IgG	S	29,73	<input type="checkbox"/> Yersinien-IgA (Blot)	S	46,63	<input type="checkbox"/> Röteln-IgG	S	13,99
<input type="checkbox"/> Chlamydien trachom. IgG	S	20,40	<input type="checkbox"/> Yersinien-IgG (Blot)	S	46,63	<input type="checkbox"/> Tetanus-AK	S	20,40
<input type="checkbox"/> Chlamydien trachom. (PCR)	Abstr.	46,63				<input type="checkbox"/> Varizella-Zoster-IgG	S	13,99
<input type="checkbox"/> Coxsackie	S	14,57						
<input type="checkbox"/> Cytomegalie (CMV)-IgG	S	13,99						
<input type="checkbox"/> EBV-IgG	S	17,49	<b>Hepatitis</b>					
<input type="checkbox"/> Ehrlichiose-IgG (HGE)	S	29,73	Hepatitis A					
<input type="checkbox"/> Helicobacter pylor.-IgG-Elisa	S	20,40	<input type="checkbox"/> Anti HAV-IgM	S	13,99			
<input type="checkbox"/> Helicobacter pylor.-IgG-Blot	S	46,63	<input type="checkbox"/> Anti HAV	S	13,99			
<input type="checkbox"/> HIV-I/II-Kombitest	S	17,49	Hepatitis B					
<input type="checkbox"/> HPV "high risk" (PCR)	Abstr.	64,00	<input type="checkbox"/> HBs-Antigen	S	14,57	<input type="checkbox"/> Sonstiges:		
<input type="checkbox"/> HSV1-IgG	S	13,99	<input type="checkbox"/> Anti HBs	S	13,99			
<input type="checkbox"/> HSV2-IgG	S	13,99	<input type="checkbox"/> Anti HBc	S	17,49			
<input type="checkbox"/> HSV6-IgG (IFT)	S	29,73	Hepatitis C					
<input type="checkbox"/> Listerien	S	14,57	<input type="checkbox"/> Anti HCV	S	23,31			
<input type="checkbox"/> Lues-Suchtest (Clia)	S	13,41	<input type="checkbox"/> Hepatitis C, RNA, qual./quant.	S	128,23			
<input type="checkbox"/> Mykoplasmen	S	14,57						

**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