Patienten-Daten

Name, Vorname des Patienten, Adresse geb. am

IGeL - UNTERSUCHUNGSAUFTRAG
Stuhldiagnostik

Nr. 213413

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 laborinterne Barcode !

Rechnung an: ☐ Patient/in

☐ männl. ☐ weibl.

Muster

Diagnose:

(Abrechnung 1,0-fache GOÄ)
Bitte gewünschte Untersuchungen anstreichen ! ☐

Stuhl-Untersuchungen, mikrobielle

Darmökogramm (quantitative Stuhlfloranalyse):

☐ **Kleiner Kyberstatus I:** * 65,85 €
E-coli, Enterobacteriaceae, Enterokokken, Bifidobakterien, Bacteroides / Prevotella, Lactobazillen; Pilze ohne Differenzierung

☐ **Kleiner Kyberstatus II:** * 80,42 €
Kleiner Kyberstatus I incl. Clostridien

☐ **Großer Kyberstatus:** * 230,77 €
Aerob: E-coli, Enterobacteriaceae, Pseudomonaden, Enterokokken, Staphylokokken
Anaerob: Bacteroides / Prevotella, Bifidobakterien, Lactobazillen, Clostridien
Pilze: Candida spp. Geotrichum spp., Schimmelpilze; Ausschluss pathogener Keime, pH-Wert
Darmmikrobiom: Firmicutes/Bacteroidetes-Ratio

☐ **Erweiterter großer Kyberstatus:** * je nach Aufwand
Pathogene Keime / Lamblien, Entamoeba, Cryptosporidien (EIA) /Mikroskopie auf Protozoen und Wurmeier einschl. Blastocystis hominis / Dyspepsie- Coli (EPEC) / Ausnutzung mikroskop. / Calprotectin (EIA) /Darmökogramm

☐ **Pathogene Keime:** * 83,37 €
Campylobacter, kulturell / Campylobacter-Antigen (EIA), Salmonellen, Shigellen, Yersinien

☐ **Pathogene Keime bei Kindern < 3 Jahre:** * 233,70 €
zusätzl. Dyspepsie-Coli / Adeno-, Rota- (EIA), Noro-Viren (PCR)

☐ **Parasiten:** * 55,37 €
Lamblien, Entamoeba, Cryptosporidien (EIA), Mikroskopie auf Protozoen, Wurmeier einschl. Blastocystis hominis

☐ **Stuhl-Diagnostik – erweitert:** * 339,19 €
Campylobacter, kulturell / Campylobacter-Antigen (EIA), Salmonellen, Shigellen, Yersinien, Lamblien, Entamoeba, Cryptosporidien (EIA) / Mikroskopie auf Protozoen und Wurmeier einschl. Blastocystis hominis / Dyspepsie-Coli (EPEC) / Clostridium perfringens Toxin, Clostridum difficile Toxin (EIA), EHEC-Antigen / Adeno-, Rota- (EIA), Noro-Viren (PCR)

☐ **Kein Antibiogramm** erwünscht bei kulturell. Nachweis

☐ **Pilze** ohne Differenzierung (Mikroskopie, Kultur, Keimzahl) 40,23 €

☐ **Pilze** mit Differenzierung, bei pos. Nachweis zusätzlich mind. 7,00 / 14,57 €

☐ **Wurmeier / Würmer** (Mikroskopie) * 11,66 €

☐ **Oxyuren** (Analfilm, Tesafilmpräparat) * 7,00 €

* Die Preisangabe gilt für Basisdiagnostik. Bei Keimnachweis Aufpreis für Differenzierungen + Antibiogramm. Änderungen vorbehalten.

☐ Adenoviren (EIA)	14,57 €	☐ EHEC-Verotoxin (EIA)	14,57 €	☐ Helicobacter pylori (EIA)	14,57 €
☐ Clostridium difficile-A/B-Toxin (EIA)	14,57 €	☐ Entamoeba histolytica (EIA)	14,57 €	☐ Noroviren (PCR)	128,23 €
☐ Clostridium perfr.-Enterotoxin (EIA)	14,57 €	☐ Giardia lamblia (EIA)	14,57 €	☐ Rotaviren (EIA)	14,57 €
☐ Cryptosporidien (EIA)	14,57 €				

Stuhl-Untersuchungen, nichtmikrobielle

☐ a1-Antitrypsin	10,49 €	☐ Gallensäure	16,90 €	☐ Histamin	43,72 €	☐ PMN-Elastase	16,90 €
☐ Albumin	8,74 €	☐ Gliadin-IgA	29,73 €	☐ Lysozym	6,99 €	☐ sekret. IgA	26,23 €
☐ Calprotectin	26,23 €	☐ Hämoglobin	11,66 €	☐ M2PK	43,72 €	☐ Transglutaminase-IgA	26,23 €
☐ Fett im Stuhl	23,90 €	☐ Hämo-Haptoglobin-Komplex	26,23 €	☐ Pankreas-Elastase	43,72 €	☐ Trypsin/Chymotrypsin	18,65 €
☐ Firmicutes/Bacteroidetes-Ratio (FiBa-Ratio)	81,60 €					☐ Zonulin	43,72 €

☐ **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 und werden deshalb gemäß den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit der Patientin/dem Patienten abgerechnet. Die Abrechnung erfolgt abweichend vom 1,15-fachen Regelsatz zum 1,0-fachen Mindestsatz (Ausnahme: günstigere Sonderpreise). Ich beauftrage das MVZ Laborzentrum Ettlingen mit der Durchführung der oben beantragten laborärztlichen Leistungen. Eine fristgerechte Bezahlung der Rechnung sichere ich zu. Ich bin darüber informiert, dass bei ausbleibender Zahlung und erfolglosem Mahnverfahren das Inkassounternehmen Creditreform Karlsruhe mit der Geltendmachung der Forderung beauftragt wird. In diesem Fall stimme ich einer Weitergabe meiner persönlichen Daten an Creditreform Karlsruhe zu.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in