

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Labor Dr. Brunner

Gynäkologie Individuelle Gesundheitsleistungen

Ich bin einverstanden, daß alle zur Rechnungsstellung notwendigen Daten an die privatärztliche Verrechnungsstelle PVS „Südwest“ Mannheim weitergeleitet und die Honorarforderungen der beteiligten Ärzte an die PVS übertragen werden.

Rg an Patient Rg an Praxis

Leistung einsehender Arzt	GOÄ	EUR
<input type="checkbox"/> 1. Beratung < 10 min	1	10,72
<input type="checkbox"/> 1. Beratung > 10 min	3	20,11
<input type="checkbox"/> 2. Beratung < 10 min	1	10,72
<input type="checkbox"/> 2. Beratung > 10 min	3	20,11
<input type="checkbox"/> Erstanamnese > 60 min	A30	120,65
<input type="checkbox"/> Folgeanamnese > 30 min	A31	60,33
<input type="checkbox"/> Erörterung > 20 min	A34	40,22
<input type="checkbox"/> Organsystem Unters. (klein)	6	13,41
<input type="checkbox"/> Organsystem Unters. (groß)	7	21,45
<input type="checkbox"/> Ganzkörperstatus	8	35,30
<input type="checkbox"/> Blutentnahme	250	4,20
<input type="checkbox"/> Abstrich zytologisch	297	6,03
<input type="checkbox"/> Abstrich mikrobiologisch	298	5,36
<input type="checkbox"/> Kurze Bescheinigung	70	5,36
<input type="checkbox"/> Ausführlicher Befundbericht	75	17,43
<input type="checkbox"/> Babykino (Sono)	A415	40,22

<input type="checkbox"/> Sono Mammæ	418,420	38,87
<input type="checkbox"/> Dopplersono peripher	644	18,89
<input type="checkbox"/> BS Blutsenkung	3501	4,02
<input type="checkbox"/> Teststreifen (z.B. Urin)	3511	3,35
<input type="checkbox"/> U Urinsediment	3531	4,69
<input type="checkbox"/> Oraler Glucosetoleranztest		6,99
Laborleistungen extern		EUR
<input type="checkbox"/> A B-Strept. (ggfs.+ 6,99 Aggl.)		10,49
<input type="checkbox"/> A Chlamydiennachweis (PCR)		17,49
<input type="checkbox"/> A Gonokokkennachweis (PCR)		46,63
<input type="checkbox"/> A Chlam. + Gonokokken (PCR)		52,46
<input type="checkbox"/> S CMV(IgG)		13,99
<input type="checkbox"/> S Hepatitis A (Anti-HAV)		13,99
<input type="checkbox"/> S Hepatitis C (Anti-HCV)		23,31
<input type="checkbox"/> S HIV-Suchtest (ELISA)		17,49
<input type="checkbox"/> A Herpes oralis + genit. (PCR)		81,60
<input type="checkbox"/> A Herpes genitalis (PCR)		52,46

<input type="checkbox"/> NaF Oraler Glucosetoleranztest	6,99
<input type="checkbox"/> S Östradiol	20,40
<input type="checkbox"/> A Papillomaviren low+high risk	81,60
<input type="checkbox"/> S Ringelröteln (Parvov. B19 IgG)	29,73
<input type="checkbox"/> S Toxoplasmose IgG (quant.)	20,40
<input type="checkbox"/> S Varizella AK (IgG)	13,99
<input type="checkbox"/> CE Thrombose (APCR, ATIII, Lupus anticoagulans, Prof. S+C)	115,99
<input type="checkbox"/> E genet. Thromboserisiko (FaktorV)	52,46
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Datum Erstberatung: _____	
Datum geplante Abschlussberatung: _____	
Endbetrag Patient: _____	

Praxisstempel

Obige Leistungen gehören nicht zum Leistungsumfang meiner Krankenversicherung. Die Gebühren werden von mir getragen und nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet. Preise ggfs. zzgl. Mutterkleber (0,40 EUR) und Porto für Mutterkleber (1,45 EUR). Bin damit einverstanden, dass meine Daten evtl. an ein Partnerlabor geschickt werden, falls wir eine Untersuchung nicht durchführen können. Ich bin berechtigt, diese Einverständniserklärung gemäß SGB V §73 Abs. 1b jederzeit zu widerrufen. Einverständnis des Patienten:

Ort, Datum

Unterschrift

PVS-Nr.: |_|_|_|_|_|_|_|