

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| 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.: |_|_|_|_|_|_|_|