

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

Rg an Patient Rg an Praxis

Sonstiges: _____

Datum Erstberatung: _____

Datum geplante Abschlussberatung: _____

Endbetrag Patient: _____

Gesamtpreis zzgl. 1,85 EUR (Mutterkleber, Porto)

Laborleistungen extern		EUR
<input type="checkbox"/>	A B-Strept. (ggfs. + 6,99 Aggl.)	10,89
<input type="checkbox"/>	A Chlamydiennachweis (PCR)	17,49
<input type="checkbox"/>	A Gonokokkennachweis (PCR)	29,14
<input type="checkbox"/>	A Chlam. + Gonokokken (PCR)	46,63
<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)	52,46
<input type="checkbox"/>	NaF Oraler Glucosetoleranztest	6,99
<input type="checkbox"/>	A Papillomaviren low+high risk	81,60
<input type="checkbox"/>	S Östradiol	20,40
<input type="checkbox"/>	S Ringelröteln (Parvov. B19 IgG und IgM)	je 46,63
<input type="checkbox"/>	S Parvovirus IgG (ELISA quant.)	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 genef. Thromboserisiko (FaktorV)	69,95
<input type="checkbox"/>	Urinsediment	0,25

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: _____

Praxisstempel