

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

Weibl. Männl. Divers ggf. SSW : _____



Labor Dr. Brunner

Gynäkologie Individuelle Gesundheitsleistung Auftragschein Arztpraxis

Rg an Patient Rg an Praxis

Befundkopie an Patient

Leistung einsendender Arzt:	GOÄ	EUR
<input type="radio"/> 1. Beratung < 10 min	1	10,72
<input type="radio"/> 1. Beratung > 10 min	3	20,11
<input type="radio"/> 2. Beratung < 10 min	1	10,72
<input type="radio"/> 2. Beratung > 10 min	3	20,11
<input type="radio"/> Erstanamnese > 60 min	A30	120,65
<input type="radio"/> Folgeanamnese >30 min	A31	60,33
<input type="radio"/> Erörterung > 20 min	A34	40,22
<input type="radio"/> Organsystem Unters. (klein)	6	13,41
<input type="radio"/> Organsystem Unters. (groß)	7	21,45
<input type="radio"/> Ganzkörperstatus (klein)	8	34,86
<input type="radio"/> Blutentnahme	250	4,20
<input type="radio"/> Abstrich zytologisch	271	16,09
<input type="radio"/> Infusion i.v. > 30 min	272	24,13
<input type="radio"/> Abstrich zytologisch	297	6,03
<input type="radio"/> Abstrich mikrobiologisch	298	5,36
<input type="radio"/> Kurze Bescheinigung	70	5,36
<input type="radio"/> Ausführlicher Befundbericht	75	17,43
<input type="radio"/> Babykino (Sono)	A415	40,22
<input type="radio"/> Sono Mammae	418, 420	38,87
<input type="radio"/> Dopplersono peripher	644	18,89
<input type="radio"/> Blutsenkung	3501	4,02
<input type="radio"/> Teststreifen (z.B. Urin)	3511	3,35
<input type="radio"/> Urinsediment	3531	4,69
<input type="radio"/> Orale Glucosetoleranztest		6,99

Immunität:	EUR
<input type="radio"/> S CMV IgG	13,99
<input type="radio"/> S Parvovirus IgG	13,99
<input type="radio"/> S Toxoplasmose IgG	20,40
<input type="radio"/> S Varizella IgG	13,99
<input type="radio"/> Mutterkleber incl. Porto	2,00

Infektionsserologie:	EUR
<input type="radio"/> S HIV (Suchtest, ELISA)	17,49
<input type="radio"/> S Hepatitis A (Anti-HAV)	13,99
<input type="radio"/> S Hepatitis B (Anti-Hbc)	13,99
<input type="radio"/> S Hepatitis C (Anti-HCV)	23,31

Sonstiges:	EUR
<input type="radio"/> S Beta-HCG im Serum	27,98
<input type="radio"/> NaF Orale Glucosetoleranztest	6,99
<input type="radio"/> C/S Thrombose Basis (Protein S, Protein C, AT III, APCR, Fibrinogen, LAK, Faktor VIII, Cardiolipin, β 2-Glykoprotein-AK)	205,75
<input type="radio"/> C/S/E Thrombose erweitert (Thrombose Basis +Faktor V/ Faktor II- Mutation aber ohne APCR, mit EVE)	296,10

Einzelne Hormone:	EUR
<input type="radio"/> S FSH	14,57
<input type="radio"/> S STH	20,40
<input type="radio"/> S LH	14,57
<input type="radio"/> S TSH	14,57
<input type="radio"/> S Östradiol	20,40
<input type="radio"/> S Prolaktin	20,40
<input type="radio"/> S Progesteron	20,40
<input type="radio"/> S SHGB	26,23
<input type="radio"/> S Testosteron (gesamt)	20,40

Zeichenerklärung:			
A	Abstrich	C	Citratblut (grün)
NaF	Natriumfluorid	S	Serum
U	Urin	E	EDTA (rot)
EVE	Einwilligungserklärung		

Laborleistungen extern	EUR
<input type="radio"/> A B-Streptokokken	12,44
<input type="radio"/> A Chlamydiennachweis (PCR)	29,14
<input type="radio"/> A Gonokokkennachweis (PCR)	29,14
<input type="radio"/> A Chlamydien + Gonokokken (PCR)	58,28
<input type="radio"/> A Herpes oralis +genitalis (PCR)	64,12
<input type="radio"/> A HSV 1+2 + VZV (PCR)	81,61
<input type="radio"/> S/A Sexuell übertragbare Krankheiten STD (Lues, HIV, Gonokokken, Chlamydien-PCR)	105,50
<input type="radio"/> S/A STD +Hepatitis B, Hepatitis C	146,30
<input type="radio"/> A STD-PCR (Chlamydien, Mycoplasmen, Gonokokken, Tr. vaginalis, Ureaplasmen)	64,12
<input type="radio"/> A Papilloma high risk	99,09

Sonstige Untersuchungen

Erklärung

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die obigen und umseitigen Leistungen nicht zum Leistungsumfang meiner Krankenversicherung gehören. Die Gebühren werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet und von mir getragen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten evtl. an ein Partnerlabor zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die im Labor Dr. Brunner nicht durchgeführt werden können, weitergeleitet werden. Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Praxisstempel

Datum Unterschrift des Patienten

Luisenstr. 7e | Postfach 5320 | 78464 Konstanz | Tel: 07531-8173-0 | Fax: 07531-8173-99 | www.labor-brunner.de