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

Labor Dr. Brunner

Gynäkologie Individuelle Gesundheitsleistung

Auftragsschein Arztpraxis

Rg an Patient ○ Rg an Praxis ○

Befundkopie an Patient ○

○ Weibl. ○ Männl. ○ Divers ggf. SSW : _____

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

Laborleistungen extern			EUR
○	**A**	B-Streptokokken	12,49
○	**U/A**	Chlamydiennachweis (PCR)	29,14
○	**U/A**	Gonokokkennachweis (PCR)	29,14
○	**U/A**	Chlamydien + Gonokokken (PCR)	58,28
○	**U/A**	Herpes oralis +genitalis (PCR)	64,12
○	**U/A**	HSV 1+2 + VZV (PCR)	81,61
○	**U/A**	Sexuell übertragbare Krankheiten STDPCR: Erregernachweis (Chlamydien, T. vaginalis, Gonokokken, Mykoplasmen, Ureaplasmen)	64,12
○	**U/A**	STD1: *STDPCR* + HSV/VZV, LGV, Ulcus molle, Cytomegalievirus, Treponema)	120,00
○	**S+U/A**	STD2: *STD1* + HIV und Treponema AK	167,22
○	**S+U/A**	STD3: *STD2* + HBV und HCV AK	208,02
○	**A**	Papilloma high risk	99,09

Immunität:			EUR
○	**S**	CMV IgG	13,99
○	**S**	Parvovirus IgG	13,99
○	**S**	Toxoplasmose IgG	20,40
○	**S**	Varizella IgG	13,99
○		Mutterkleber incl. Porto	2,00

Infektionsserologie:			EUR
○	**S**	HIV (Suchtest, ELISA)	17,49
○	**S**	Hepatitis A (Anti-HAV)	13,99
○	**S**	Hepatitis B (Anti-Hbc)	13,99
○	**S**	Hepatitis C (Anti-HCV)	23,31

Sonstiges:			EUR
○	**S**	Beta-HCG im Serum	27,98
○	**NaF**	Oraler Glucosetoleranztest	6,99
○	**C/S**	Thrombose Basis (Protein S, Protein C, AT III, APCR, Fibrinogen, LAK, Faktor VIII, Cardiolipin, ß2-Glykoprotein-AK)	205,75
○	**C/S/E**	Thrombose erweitert (Thrombose Basis +Faktor V/ Faktor II-Mutation aber ohne APCR, **mit EVE**	296,10

Einzelne Hormone:			EUR
○	**S**	FSH	14,57
○	**S**	STH	20,40
○	**S**	LH	14,57
○	**S**	TSH	14,57
○	**S**	Östradiol	20,40
○	**S**	Prolaktin	20,40
○	**S**	Progesteron	20,40
○	**S**	SHGB	26,23
○	**S**	Testosteron (gesamt)	20,40

Zeichenerklärung:

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

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 (GÖÄ) 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