

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

Gynäkologie Individuelle Gesundheitsleistung

Auftragschein Arztpraxis

Rg an Patient Rg an Praxis

Befundkopie an Patient

Weibl. Männl. Divers

ggf. SSW : _____

Laborleistungen		EUR
<input type="radio"/> A	B-Streptokokken (zzgl. 2 € Mutterpass)	12,07
<input type="radio"/> UGE1/A	Chlamydiennachweis (PCR)	33,52
<input type="radio"/> UGE1/A	Gonokokkennachweis (PCR)	33,52
<input type="radio"/> UGE1/A	Chlamydien + Gonokokken (PCR)	67,04
<input type="radio"/> UGE1/A	Herpes oralis +genitalis (PCR)	60,33
<input type="radio"/> UGE1/A	HSV 1+2 + VZV (PCR)	80,44
<input type="radio"/> UGE1/A	Sexuell übertragbare Krankheiten	113,96
STDPCR:		
Erregernachweis (Chlamydien, T. vaginalis, Gonokokken, Mykoplasmen, Ureaplasmen)		
<input type="radio"/> UGE1/A	STD1: STDPCR + HSV/VZV, LGV, Ulcus molle, Cytomegalievirus, Treponema)	120,66
<input type="radio"/> S+UGE1/A	STD2: STD1 + HIV und Treponema AK	174,96
<input type="radio"/> S+UGE1/A	STD3: STD2 + HBV und HCV AK	221,88
<input type="radio"/> A	Papilloma high risk	113,96
<input type="radio"/> A	Vaginom-PCR	113,96

Immunität:		EUR
<input type="radio"/> S	CMV IgG	16,09
<input type="radio"/> S	Parvovirus IgG	16,09
<input type="radio"/> S	Toxoplasmose IgG	23,46
<input type="radio"/> S	Varizella IgG	16,09
<input type="radio"/>	Mutterkleber incl. Porto	2,00

Infektionsserologie:		EUR
<input type="radio"/> S	HIV (Suchtest, ELISA)	20,11
<input type="radio"/> S	Hepatitis A (Anti-HAV)	16,09
<input type="radio"/> S	Hepatitis B (Anti-Hbc)	20,11
<input type="radio"/> S	Hepatitis C (Anti-HCV)	26,81

Zeichenerklärung:

A	Abstrich	NaF	Natriumfluorid
C	Citratblut (grün)	S	Serum (braun)
E	EDTA (rot)	UGE	Urin (gelb)
EVE	Einwilligungserklärung	UGE1	Urin (gelb) 1. Morgenurin

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 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 _____