

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

☐ Weibl. ☐ Männl. ☐ Divers



Individuelle Gesundheitsleistung (IGEL) Auftragsschein Arztpraxis/PVS

Rg an Patient ☐ Rg an Praxis ☐

Befundkopie an Patient ☐

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	A31	60,33
☐ Erörterung > 20 min	A34	40,22
☐ Symptombes. Untersuchung	5	10,72
☐ Organsystem Unters. (klein)	6	13,41
☐ Organsystem Unters. (groß)	7	21,45
☐ Ganzkörperstatus (klein)	8	34,86
☐ Vorsorgeunters- incl. 0008	29	58,99
☐ Blutentnahme	250	4,20
☐ Injektion i.m., s.c. oder i.c.	252	5,36
☐ Injektion i.v.	253	9,38
☐ Injektion intraartikulär/perineur.	255	12,74
☐ Infusion i.v. < 30 min	271	16,09
☐ Infusion i.v. > 30 min	272	24,13
☐ Abstrich zytologisch	297	6,03
☐ Schutzimpfung im., s.c.	375	10,72
☐ Parallelimpfung	377	6,70
☐ Kurze Bescheinigung	70	5,36
☐ Ausführlicher Befundbericht	75	17,43
☐ Schriftlicher Diätplan	76	9,38
☐ Gutachterliche Äußerung (1 S.)	80,95	43,73
☐ Gutachterliche Äußerung (2 S.)	80,95	47,22
☐ Gutachterliche Äußerung (3 S.)	80,95	50,72
☐ Gutachterliche Äußerung (4 S.)	80,95	54,22
☐ Zuschlag Sono transkavitär	403	15,74
☐ Sono Mutterschaftsvorsorge	415	40,22
☐ Sono Mammæ	418,420	38,87
☐ Lungenfunktion	605,605	50,78
☐ EKG in Ruhe	651	26,54
☐ Belastungs-EKG	652	59,66
☐ Dopplersono peripher	644	18,89
☐ Dopplersono hirners. Arterien	645	68,20

Laborleistungen / Allgemeine Gesundheit:	EUR
☐ S/E Gesundheitscheck Basis	17,48
☐ S/E Gesundheitscheck erweitert	46,61
☐ S/E Chronische Müdigkeit	135,81
☐ S/E Eisenmangel Screen	26,23
☐ S/U/ E/St Check Frauen >45 Jahre, Stuhl : ja O nein O	118,90
☐ S/E/ St Check Männer >45 Jahre Stuhl dabei: ja O nein O	74,61
☐ S/St Reizdarm	141,64
☐ S/E Stress (Managerkrankheit)	128,23
☐ S Schlafstörung, Depression	91,51
☐ 2xS/E Immunstatus	194,65
☐ S/U Osteoporose Screening	92,68
☐ S/E Sportlercheck	41,39
☐ S/A Sex. übertragbare Krankheiten	105,50
☐ S/A „ inkl. Hepatitis B, Hepatitis C	146,30

Herz-Kreislauf-Gewicht-Fette:	EUR
☐ S+NaF Arteriosklerose kl. Profil	13,98
☐ S+NaF Arteriosklerose erw. Profil	82,77
☐ S Herzinsuffizienz	43,72
☐ S Fettsäurestatus	71,70

Prävention:	EUR
☐ S/P Antioxidantienstatus	156,79
☐ S/E Vitalstoffe (Vitamine)	210,40
☐ S Spurenelemente	31,48
☐ S/E Schwermetalle	95,60

Hormone:	EUR
☐ S Hormonstatus Frauen	125,31
☐ S Hormonstatus Männer	81,60
☐ S Klimakterium Frauen	34,97
☐ S Haarausfall	180,70
☐ S Akne, Hirsutismus	170,19

Thromboserisiko:	EUR
☐ C/S Thrombose Basis	205,75
☐ C/S Thrombose erweitert	296,10

Krebsvorsorge:	EUR
☐ S Raucher Risiko	69,36
☐ St Darmkrebsvorsorge (M2-PK)Stuhl	27,98
☐ S/St Magenkrebsvorsorge	29,14
☐ S Prostatakrebsvorsorge (PSA)	17,49

Immunität/Impfiter:	EUR
☐ S Diphtherie (Antikörper)	29,73
☐ S FSME (IgG)	13,99
☐ S Hepatitis A (Anti-HAV)	13,99
☐ S Hepatitis B (Anti-HBs)	13,99
☐ S Masern (IgG)	13,99
☐ S Mumps (IgG)	13,99
☐ S Ringelröteln (Parvovirus IgG)	29,73
☐ S Röteln (HHT)	13,99
☐ S Tetanus (IgG, ELISA)	29,73
☐ S Tollwut	29,73
☐ S Toxoplasmose (IgG quant.)	20,40
☐ S Windpocken (VZV-IgG)	13,99
☐ S SARS-COV-Antikörper (IgG)	17,49

Infektion:	EUR
☐ St Helicobacter pylori (AG) i. Stuhl	14,57
☐ S HIV (Suchtest, ELISA)	17,49
☐ S Hepatitis B (Anti-HBc)	17,49
☐ S Hepatitis C (Suchtest, ELISA)	23,31
☐ S Borrelien Antikörper	40,80

Zeckendiagnostik:	EUR
☐ Z Borreliendiagnostik (incl. Mwst.)	33,92
☐ Z FSME (PCR) (incl. Mwst.)	69,02

Schwangerschaft:		EUR
☐ S	Beta-HCG im Serum	27,98
☐ S	Screening vor Schwangerschaft	115,41
☐ S	Screening bei Schwangerschaft	57,71
☐ A	Strept. B Abstrich (ohne Resistenz)	12,44

Einzelne Hormone:		EUR
☐ S	Cortisol	14,57
☐ S	DHEA-S	20,40
☐ S	FSH	14,57
☐ S	FT3	14,57
☐ S	FT4	14,57
☐ S	STH	20,40
☐ S	LH	14,57
☐ S	Melatonin	33,22
☐ S	Östradiol	20,40
☐ S	Prolaktin	20,40
☐ S	Progesteron	20,40
☐ S	SHGB	26,23
☐ S	Testosteron (gesamt)	20,40
☐ S	Testosteron (frei, incl. SHBG)	46,63
☐ S	TSH	14,57

Drogen:		EUR
☐ U	Ethyl im Urin (incl. Mwst.)	65,20
☐ S/E	Alkoholabusus	38,47
☐ U	THC im Urin (incl. Mwst.)	20,11
☐ U	Drogenscreening im Urin: Amphetamin, Metamphetamin, Opiate, THC, Kokain, Kreatinin (bei pos. Ergebnis zusätzl. Kosten)	106,80 (incl. Mwst.)

Schwermetalle/Spurenelemente:		EUR
☐ E	Blei	23,90
☐ S	Kupfer	23,90
☐ U/E	Quecksilber	23,90
☐ S	Selen	23,90
☐ S	Zink	5,25
☐ S	Cadmium	23,90

Diverses:		EUR
☐ B	Blutgruppe (AB0, D, Kell, Suchtest)	41,60
☐ S	Ferritin	14,57
☐ E	HLA B27 (mit Einverständniserklärung)	99,09
☐ E	Homocystein	27,98

Tumormarker:		EUR
☐ S	AFP	14,57
☐ S	CA 12-5	17,49
☐ S	CA 15-3	26,23
☐ S	CA 19-9	17,49
☐ S	CA 72-4	26,23
☐ S	CEA	14,57
☐ S	NSE	26,23
☐ St	M2PK im Stuhl	27,98
☐ S	PSA	17,49
☐ S	S100	43,72
☐ S	Thyreoglobulin	52,46

Vitamine:		EUR
☐ S	Folsäure	14,57
☐ S	Vitamin A	20,98
☐ E	Vitamin B1	33,22
☐ E	Vitamin B2	33,22
☐ E	Vitamin B6	33,22
☐ S	Vitamin B12	14,57
☐ SG	Vitamin C	20,98
☐ S	Vitamin D (25-OH)	27,98
☐ S	Vitamin E	20,98
☐ S	Vitamin H (Biotin)	27,98
☐ S	Holo-Transcobalamin	27,98

Haut-, Nagelerkrankungen:		EUR
☐ A, N	Dermatomykose	81,60

Zeichenerklärung:

A	Abstrich
B	Vollblut (braun)
C	Citratblut (grün)
CG	Citratplasma tiefgefroren
E	EDTA (rot)
NaF	Natriumfluorid
N	Nagel
S	Serum
SG	Serum abzentrifugiert + eingefroren
ST	Stuhl
U	Urin
Z	Zecke, ganzes Tier einschicken

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. Alle zur Rechnungsstellung notwendigen Daten werden an die Privatärztliche Verrechnungsstelle PVS „Südwest“ Mannheim weitergeleitet und die Honoraranforderungen der beteiligten Ärzte an die PVS abgetreten.

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

PVS-NR: | | | | | | | |

Datum Unterschrift des Patienten