

Name

Vorname

geb. am (TT.MM.JJJJ)

Straße

PLZ

Hsnr.

Ort

Auftragsnummer des Labors

Bitte sorgfältig Barcode einkleben

Abnahmedatum (TTMMJJ)

Abnahmezeit (hhmm)

MVZ Labor Schweinfurt GmbH

Gustav-Adolf-Str. 8

97422 Schweinfurt

Tel.: 09721/53332-0 (Zentrale)

Fax: 09721/53332-299

MVZ Labor

SCHWEINFURT

Geschlecht

☐ Mann

☐ Divers

☐ Frau

☐ Unbestimmt

Anforderungsschein Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)

Mutterpassparameter

Hinweis: Wenn der Druck eines Mutterpassetikettes gewünscht wird, verwenden Sie bitte die Anforderungen dieser Spalte. Bitte zusätzlich immer die Schwangerschaftswoche angeben.

☐ Schwangerschaftswoche: _____, _____ (Format: ww,t)

SpU

☐ Chlamydia trachomatis-DNA (Urin in PCR-Medium)

99,09 €

S

☐ Cytomegalievirus-IgG

13,99 €

S

☐ Cytomegalievirus-IgM

17,49 €

S

☐ ggfs. Cytomegalievirus-IgM

17,49 €

S

☐ HIV-1 und 2-Antikörper

17,49 €

S

☐ Parvovirus-IgG

13,99 €

S

☐ Parvovirus-IgM

17,49 €

S

☐ Rötelnvirus-IgG

13,99 €

S

☐ Rötelnvirus-IgM

17,49 €

S

☐ Toxoplasma gondii IgG

20,40 €

S

☐ Toxoplasma gondii IgM

20,40 €

S

☐ ggfs. Toxoplasma gondii IgM

20,40 €

S

☐ Varizella-Zoster-Virus-IgA

16,90 €

S

☐ Varizella-Zoster-Virus-IgG

13,99 €

S

☐ Varizella-Zoster-Virus-IgM

17,49 €

Mutterpassparameter Mikrobiologie

Hinweis: Für Mutterpassparameter der Mikrobiologie bitte einen eigenen Schein mit separater Auftragsnummer verwenden.

AB

☐ Screening B-Streptokokken

13,98 €

Bitte Material angeben:

☐ Material: Vaginalabstrich

Zusätzliche Anforderung

Sonstige Anforderungen

Hinweis: Für nichtschwangere Patientinnen die Anforderungen bitte nur über diese Spalte vornehmen.

S

☐ Anti-Müller-Hormon

43,72 €

S

☐ CA 125

17,49 €

S

☐ CA 15-3

26,23 €

S

☐ CA 19-9

17,49 €

AB

☐ Chlamydia trachomatis-DNA (AB PCR-Medium)

99,09 €

SpU

☐ Chlamydia trachomatis-DNA (Urin in PCR-Medium)

99,09 €

S

☐ Cytomegalievirus-IgG im Serum

13,99 €

S

☐ Cytomegalievirus-IgM im Serum

17,49 €

S

☐ Follikelstimulierendes Hormon (FSH)

14,57 €

AB

☐ GO / C. trachomatis-DNA (Abstrich PCR-Medium)

116,58 €

SpU

☐ GO / C. trachomatis-DNA (Urin in PCR-Medium)

116,58 €

S

☐ HCV-Antikörper (Anti-HCV, Hepatitis C)

23,31 €

S

☐ HIV-1 und 2-Antikörper

17,49 €

AB

☐ HPV-DNA (high risk) (GynoPrep-Abstrich)

46,63 €

S

☐ Östradiol

20,40 €

S

☐ Parvovirus-IgG

13,99 €

S

☐ Parvovirus-IgM

17,49 €

S

☐ Progesteron

20,40 €

S

☐ Rötelnvirus-IgG

13,99 €

S

☐ Rötelnvirus-IgM

17,49 €

LHM

☐ Selen im Blut

23,90 €

F

☐ Blut im Stuhl immunol. iFOBT

8,74 €

S

☐ Toxoplasma gondii IgG

20,40 €

S

☐ Toxoplasma gondii IgM

20,40 €

S

☐ TSH basal

14,57 €

S

☐ Varizella-Zoster-Virus-IgA

16,90 €

S

☐ Varizella-Zoster-Virus-IgG

13,99 €

S

☐ Varizella-Zoster-Virus-IgM

17,49 €

S

☐ 25-Hydroxy Vitamin D

18,65 €

LHM

☐ Zink im Blut

5,25 €

Diagnose: _____

Das Gesamthonorar der individuellen Gesundheitsleistung (IGeL) beträgt:

Gesamtkosten Labor: _____ €

Weitere Laborkosten aufgrund unvorhergesehener Analyseergebnisse und notwendiger Folgeleistungen (Stufendiagnostik) sind im vorliegenden Fall:

☐ möglich

☐ auszuschließen

S = Serum, AB = Abstrich, SpU = Spontanurin, F = Stuhl (iFOBT-Röhrchen), LHM = Metallmonovette

Kostenübernahmeerklärung für Selbstzahler:

Ich übernehme alle Kosten für die mit diesem Auftrag veranlassten Laboruntersuchungen. Die o.g. Praxis ist befugt, übernommene Untersuchungsaufträge an dritte ärztlich geleitete Einrichtungen als Vertreter ganz oder teilweise weiterzuleiten. Auf das Eigentum an den dabei überlassenen Körpersubstanzen bzw. -teilen wird zugunsten der o.g. Praxis verzichtet, der ordnungsgemäßen Vernichtung nach Abschluss der Befundung wird ausdrücklich zugestimmt. Ich beauftrage hiermit das MVZ Labor Schweinfurt, die auf diesem Anforderungsschein angeforderten Laboruntersuchungen durchzuführen. Mir ist bekannt, dass die o.g. Untersuchungen nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden (auch nicht teilweise). Ich trage die Kosten der von mir veranlassten Laboruntersuchungen selbst. Die Rechnungsstellung erfolgt in entsprechender Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder gesetzl. Vertreter/in

IGeL-Schein Gynäkologie Vault BelegTyp:56 Version:0