



Name		Auftragsnummer des Labors Bitte sorgfältig Barcode einkleben 		MVZ Labor Schweinfurt GmbH Gustav-Adolf-Str. 8 97422 Schweinfurt Tel.: 09721/53332-0 (Zentrale) Fax: 09721/53332-299	
Vorname					
geb. am (TT.MM.JJJJ)		Abnahmedatum (TTMMJJ)			
Straße		Hsnr.		Geschlecht <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Unbestimmt	
PLZ	Ort				

Anforderungsschein Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)



0065 0056 01

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 20,11 €
- 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

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

Sonstige Anforderungen

Hinweis: Für nichtschwängere 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 (GynoPrep-Abstrich) 134,07 €
- 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 20,11 €
- 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 €

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