

Name:  Vorname:  Geb.:  Straße:  PLZ/Ort:	Auftragsnummer des Labors Bitte sorgfältig Barcode einkleben  Abnahmedatum      Abnahmezeit ____ . ____ .20 ____ : ____ h  Geschlecht   M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>	  Gustav-Adolf-Str. 8 97422 Schweinfurt Tel.: 09721/53332-0 (Zentrale) Fax: 09721/53332-299
---	---	---

### Anforderungsschein Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)

Anti-Müller Hormon	S	43,72 €	Progesteron	S	20,40 €
Ausschluß β-hämolyt. Streptok. Kultur	AB	13,98 €	Röteln IgG-AK	S	13,99 €
CA 125	S	17,49 €	Röteln IgM-AK	S	17,49 €
CA 15-3	S	26,23 €	Selen	S	23,90 €
CA 19-9	S	17,49 €	iFOBT (Blut im Stuhl immunologisch)	F	8,74 €
Chlamydia trachomatis DNA (Aptima®)	U/AB	46,63 €	Toxoplasmose-AK IgG	S	20,40 €
CMV-IgG-Antikörper	S	13,99 €	Toxoplasmose-AK IgM	S	20,40 €
CMV-IgM-Antikörper	S	17,49 €	Ggf. Toxoplasmose-IgM-AK (wenn IgG pos.)	S	20,40 €
Ggf. CMV-IgM AK (wenn IgG pos.)	S	17,49 €	TSH basal	S	14,57 €
FSH	S	14,57 €	Varizella Zoster IgA	S	16,90 €
Gonokokken (PCR, NAT)	U/AB	46,63 €	Varizella Zoster IgG	S	13,99 €
HCV-AK (Anti-HCV) Hepatitis C	S	23,31 €	Varizella Zoster IgM	S	17,49 €
HIV 1 und 2-AK	S	17,49 €	Vitamin D 25 OH	S	27,98 €
HPV-mRNA-Nachweis (high risk) (Aptima®)	AB	17,49 €	Zink	S	5,25 €
Ostradiol	S	20,40 €	<b>Zusätzliche Anforderungen</b>		
Parvovirus IgG	S	13,99 €			
Parvovirus IgM	S	17,49 €			
Ggf. Parvovirus IgM-AK (wenn IgG pos.)	S	17,49 €			

Diagnose: \_\_\_\_\_

**Das Gesamthonorar der individuellen Gesundheitsleistung (IGeL) beträgt:**

**Gesamtkosten Labor:** \_\_\_\_\_

**Zuzgl. Auslagenersatz § 10 GOÄ:** 5,34 €

**Summe:** \_\_\_\_\_

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

- möglich
- auszuschließen

**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. Der Auslagenersatz gem. §10 beträgt 5,34 €. Die Rechnungsstellung erfolgt in entsprechender Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in od. gesetzl. Vertreter/in \_\_\_\_\_