

Name:  Vorname:  Geb.:  Straße:  PLZ/Ort:	<b>Auftragsnummer des Labors</b> Bitte sorgfältig Barcode einkleben  Abnahmedatum      Abnahmezeit _____._____.20____      ____:____ h Geschlecht <input type="checkbox"/>	<b>MVZ Labor</b> SCHWEINFURT <b>DAKKS</b> Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-13026-01-00  Gustav-Adolf-Str. 8    97422 Schweinfurt Tel.: 09721/53332-0 (Zentrale) Fax: 09721/53332-299
---	---	--

## Anforderungsschein Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)

AK geg. cycl. Citrullin-Peptid (CCP)	S	26,23 €				Varizella Zoster IgM	S	17,49 €
ANA Screening	S	16,90 €	Helicobacter-Antigen	F	14,57 €	Vitamin A	S	20,98 €
Allergenspezifisches IgE, je Allergen	S	14,57 €	Histamin (Plasma)	EP**	43,72 €	Vitamin B1	E	33,22 €
Amphetamine qual.*	U	14,57 €	Histamin (Urin)*	U24**	43,72 €	Vitamin B 6	E	33,22 €
Anti-Müller Hormon	S	43,72 €	HIV 1 und 2-AK/ p24 Antigen	S	17,49 €	Vitamin B 12	S	14,57 €
Anti-TSH-Rezeptor (TRAK)	S**	32,06 €	Holotranscobalamin	S	27,98 €	Vitamin D 25 OH	S	27,98 €
Apolipoprotein A1	S	11,66 €	Homocystein	HCY	33,22 €	Vitamin E	S	20,98 €
Apolipoprotein B	S	11,66 €	HPV-mRNA-Nachweis (high risk) (Aptima®)	AB	17,49 €	Vitamin K	EP**	33,22 €
Ausschluß β-hämoly. Streptok. Kultur	AB	13,98 €	iFOBT (Blut i. Stuhl, immunol.)	F	8,74 €	Zink	S	5,25 €
Barbiturate qual.*	U	14,57 €	IgE quantitativ	S	14,57 €	* zzgl. Kreatinin im Urin		2,33 €
Benzodiazepine qual.*	U	14,57 €	Jod	S/SU	52,46 €			
Blei	HB/U	23,90 €	Kupfer	S	2,33 €	<b>Untersuchungen der Zecke</b>		
Biotin (Vitamin H)	S	20,40 €	Kupfer	SU	23,90 €	B. burgdorferi DNA Zecke	Z	17,78 €
Blutbild, groß	E	4,67 €	Lipoprotein (a)	S	17,49 €	FSME-Virus-RNA Zecke	Z	26,67 €
Blutbild, klein	E	3,50 €	Lorazepam	S	20,98 €			
Blutentnahme, venös (1,0 GOÄ)		2,33 €	Luteinisierendes Hormon (LH)	S	14,57 €	<b>Zusätzliche Anforderungen:</b>		
Blutgruppe mit Antikörpersuchtest#	E 7,5 ml	29,15 €	M2PK	F	26,23 €			
Blutgruppe mit Rh-Formel, AKS#	E 7,5 ml	40,80 €	Magnesium	S	2,33 €			
Blutsenkung 1h	BSG	2,33 €	Mangan	S	23,90 €			
Bordetella Pertussis IgA	S	20,40 €	Masern IgG	S	13,99 €			
Bordetella Pertussis IgG	S	20,40 €	Masern IgM	S	38,47 €			
Borrelia IgG	S	20,40 €	Methylmalonsäure	S	53,62 €			
Borrelia IgM	S	20,40 €	Mikrosomale Antikörper (TPO)	S	26,23 €			
CA 125	S	17,49 €	Mumps IgG	S	13,99 €			
CA 15-3	S	26,23 €	Mumps IgM	S	38,47 €			
CA 19-9	S	17,49 €	Myoglobin	S	11,66 €			
Cadmium	E	23,90 €	NMP 22	U~	26,23 €	<b>Leistungen des einsendenden Arztes</b>		
Calprotektin	F	26,23 €	Opiate + Oxycodon qual.*	U	29,14 €			
Cannabinoide (THC) qual.*	U	14,57 €	Ostase (Knochen-AP)	S	27,98 €	Venöse Blutentnahme (1,8 GOÄ)		4,20 €
Carbohydrate def. Transferrin (CDT)	S	33,22 €	Östradiol	S	20,40 €	Beratung < 10 Min. (1,0 GOÄ)		4,66 €
Carcinoembryonales Antigen (CEA)	S	14,57 €	Oxycodon qual.*	U	14,57 €	Beratung < 10 Min. (1,8 GOÄ)		8,39 €
Chlamydia trachomatis DNA (Aptima®)	U/AB	46,63 €	Pankreas-Elastase	F	27,98 €	Beratung < 10 Min. (2,3 GOÄ)		10,72 €
Cholesterin ges.	S	2,33 €	Parvovirus IgG-Antikörper	S	13,99 €	Beratung > 10 Min (1,0 GOÄ)		8,74 €
Chrom	S/U	23,90 €	Parvovirus IgM-Antikörper	S	17,49 €	Beratung > 10 Min (1,8 GOÄ)		15,73 €
Cocain qual.*	U	14,57 €	Ggf. Parvovirus-IgM Antikörper (wenn IgG pos.)	S	17,49 €	Beratung > 10 Min (2,3 GOÄ)		20,11 €
Coeruloplasmin	S	10,49 €	Polio 1, 3 – Ak	S	59,46 €			
Cotinin (Urin)*	U	20,98 €	Progesteron	S	20,40 €			
CRP quant.	S	11,66 €	Prolactin	S	20,40 €			
Cytomegalie-AK IgG-Antikörper	S	13,99 €	Prostata spez. Antigen (PSA)	S	17,49 €			
Cytomegalie-AK IgM-Antikörper	S	17,49 €	Pyridinium Crosslinks	U	33,22 €			
Ggf. Cytomegalie-AK IgM-Antikörper (wenn IgG pos.)	S	17,49 €	Quecksilber	HB/U	23,90 €			
DHEA-S	S	20,40 €	Rheumafaktor	S	10,49 €			
Diaminoxidase	S	27,98 €	Röteln IgG-Antikörper	S	13,99 €	<b>Zusätzliche Leistungen</b>		
Diphtherie-Toxoid-Antikörper	S	20,40 €	Röteln IgM-Antikörper	S	17,49 €	<b>X</b> Auslagenersatz nach § 10 GOÄ		5,34 €
EBV-Serologie (IgA)	S	29,73 €	Selen	S	23,90 €			
EBV-Serologie (IgG und IgM)	S	69,96 €	Sexualhorm. Bind. Globulin (SHBG)	S	26,23 €			
Ecstasy (MDMA) qual.*	U	14,57 €	Spermiogramm nach Vasektomie	EJ	9,33 €			
Eisen	S	2,33 €	Testosteron	S	20,40 €			
Ethylglucuronid (Urin) Suchtest*	U	14,57 €	Tetanus Toxoid-Antikörper	S	20,40 €			
Ethylglucuronid Bestätigungstest*)	U	53,62 €	Tollwut-AK nach Impfung	S	29,73 €			
FSH	S	14,57 €	Toxoplasmose-AK IgG	S	20,40 €			
Folsäure	S	14,57 €	Toxoplasmose-AK IgM	S	20,40 €			
Freies T3	S	14,57 €	Ggf. Toxoplasmose-IgM-AK (wenn IgG pos.)	S	20,40 €			
Freies T4	S	14,57 €	TPPA	S	5,25 €			
Gonokokken (PCR, NAT)	AB/U	46,63 €	TPZ (Quick-Wert)	CP	2,91 €			
Hämoglobin A1c	E	11,66 €	Transferrin	S	5,83 €			
HAV-IgG-AK (Immunitätslage)	S	13,99 €	Transglutam./Endomysium AK	S	29,73 €			
HBs-Antigen	S	14,57 €	TSH basal	S	14,57 €			
HBc-IgG-AK (Anti-HBc) Hepatitis B	S	17,49 €	Ubichinon (Coenzym Q 10)	S	33,22 €			
HBs AK-Titer (Anti-HBs, Immunitätslage, Impftiter) Hepatitis B	S	13,99 €	Urin Sediment	U	2,91 €			
HCG + B	S	14,57 €	Urin Status	U	2,04 €			
HCV-AK (Anti-HCV) Hepatitis C	S	23,31 €	Varizella Zoster IgA	S	16,90 €			
HDL	S	2,33 €	Varizella Zoster IgG	S	13,99 €			

S = Serum, E = EDTA-Blut, CP = Citratplasma, EJ = Ejakulat, HB = Heparinblut, U = Urin, SU = 24 Std. Sammelurin, U24 = 24 Std. Sammelurin mit HCL, Z = Zecke, F = Stuhl, HCY = HCY-Z-Gel, AB = Abstrich, BSG = Blutsenkungs-Monovette, GE = Gluco-Exact, \*\* = tiefgefroren, # = EDTA groß, mit Name, Vorname, Geb.-Datum, ~ = Spezialgefäß

## Einverständniserklärung/Schweigepflichtentbindung

<b>Patient/in</b>		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon
Straße, Hausnummer	PLZ/Wohnort	
Versicherung	Versicherungsnummer/Tarif	
<b>Gesetzlicher Vertreter:</b> <i>(falls erforderlich)</i>		
Name, Vorname, Geburtsdatum	Straße, Hausnummer	PLZ/Wohnort

**Ich erkläre mein ausdrückliches, jederzeit für die Zukunft widerrufliches Einverständnis, dass die untenstehenden Praxen (ärztliche Einrichtungen)**

zum Zwecke der Erstellung der Rechnung sowie zur Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung alle hierzu notwendigen Unterlagen, insbesondere meinen Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen, Formulare etc. an die

**Privatärztliche Abrechnungsstelle Ludwigsburg GmbH**  
**Mörikestraße 28/2**  
**71636 Ludwigsburg**  
 (im folgenden "Abrechnungsstelle")

weitergeben.

Insoweit entbinde ich den Arzt (die ärztliche Einrichtung) ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht und stimme ausdrücklich zu, dass der Arzt (die ärztliche Einrichtung) die sich aus der Behandlung ergebende Forderung an die Abrechnungsstelle abtritt. Ich bin mir bewusst, dass nach der Abtretung der Honorarforderung mir gegenüber die Abrechnungsstelle als Forderungsinhaberin auftritt und deshalb Einwände gegen die Forderung - auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben - im Streitfall gegenüber der Abrechnungsstelle zu erheben und geltend zu machen sind und der mich behandelnde Arzt/die behandelnden Ärzte als Zeuge vernommen werden kann (können). Preisänderungen aufgrund von Methodenänderung können nicht ausgeschlossen werden.

### Einwilligung nach Datenschutzgesetz

Ich bin gleichfalls damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und meine Behandlungsdaten von dem Arzt (der ärztlichen Einrichtung) und der Abrechnungsstelle - ggf. elektronisch - erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden zum Zweck der Erstellung der Honorarrechnung sowie der Einziehung und ggf. gerichtlichen Durchsetzung der Forderung.

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 oder gesetzlicher Vertreter/in



**MVZ Labor  
SCHWEINFURT**  
 Gustav-Adolf-Straße 8  
 97422 Schweinfurt  
 Tel.: 09721/53332-0  
 Fax: 09721/53332299  
 info@laborsw.de

\_\_\_\_\_  
 Praxisstempel/Unterschrift