Name: _____

Vorname: _____

Geb.: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Auftragsnummer des Labors

Bitte sorgfältig Barcode einkleben

Abnahmedatum ____.____.20____

Abnahmezeit ____:____ h

Geschlecht M ☐ W ☐

MVZ Labor SCHWEINFURT

DAkkS 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)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | Anti-Müller Hormon | S | 43,72 € | ☐ | Toxoplasmose Screening | S | 13,41 € |
| ☐ | Ausschluß ß-hämolys. Streptok. Kultur | AB | 13,98 € | ☐ | Toxoplasmose-AK IgG | S | 29,73 € |
| ☐ | CA 125 | S | 17,49 € | ☐ | Toxoplasmose-AK IgM | S | 16,90 € |
| ☐ | CA 15-3 | S | 26,23 € | ☐ | TSH basal | S | 14,57 € |
| ☐ | CA 19-9 | S | 17,49 € | ☐ | Varizella Zoster IgA | S | 16,90 € |
| ☐ | Cytomegalie-AK IgG | S | 13,99 € | ☐ | Varizella Zoster IgG | S | 29,73 € |
| ☐ | Cytomegalie-AK IgM | S | 17,49 € | ☐ | Varizella Zoster IgM | S | 16,90 € |
| ☐ | EBV-VCA-IgG (IFT) | S | 29,73 € | ☐ | Vitamin D 25 OH | S | 27,98 € |
| ☐ | FSH | S | 14,57 € | ☐ | Zink | S | 5,25 € |
| ☐ | HCV-AK (Anti-HCV) | S | 23,31 € | | | | |
| ☐ | HIV 1 und 2-AK | S | 17,49 € | ☐ | **Zusätzliche Anforderungen** | | |
| ☐ | Listeria monocytogenes AK | S | 21,00 € | ☐ | | | |
| ☐ | Östradiol | S | 20,40 € | ☐ | | | |
| ☐ | Parvovirus IgG | S | 29,73 € | ☐ | | | |
| ☐ | Parvovirus IgM | S | 16,90 € | ☐ | | | |
| ☐ | Progesteron | S | 20,40 € | ☐ | | | |
| ☐ | Röteln IgG | S | 13,99 € | ☐ | | | |
| ☐ | Röteln IgM | S | 17,49 € | ☐ | | | |
| ☐ | Selen | S | 23,90 € | ☐ | S=Serum | | |

Diagnose: _____

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

**Gesamtkosten Labor:** _____

**Zuzgl. Porto/Versand § 10 GOÄ:** **2,60 €**

**Summe:** _____

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

☐ möglich

☐ auszuschließen

**Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung medizinischer Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung**

Mir ist bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und sicherstellt. Die auf diesem Anforderungsschein aufgeführten Analysen unterliegen als private Vorsorgeuntersuchungen nicht der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Dennoch wünsche ich, dass die Ärzte des MVZ Labor Schweinfurt die auf diesem Anforderungsschein ausgewählten Gesundheitsleistungen für mich privat erbringen.
Die beauftragten Laboruntersuchungen werden gemäß GOÄ zum ausgewiesenen 1,0-fachen Satz durch das Labor direkt mit mir abgerechnet. Der Betrag ist in voller Höhe von mir selbst zu bezahlen. Zusätzlich zu den o.g. Laborleistungen können u.U. eine Gebühr für Beratung zum 2,3-fachen GOÄ-Satz sowie die Blutentnahme zum 1,8-fachen GOÄ-Satz durch den behandelnden Arzt abgerechnet werden.

_____ Unterschrift der Patientin

_____ Unterschrift des behandelnden Arztes Praxisstempel