

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) Laborauftrag



Patientendaten:	
Name, Vorname _____	
Geschlecht	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> ggf. SSW _____
Geb.-Datum _____	
Anschrift _____	

Arztstempel und Unterschrift

* Bei positiven Screening-Ergebnissen sind Bestätigungstests empfehlenswert

Abnahme- Datum: _____

Abnahme- Zeit: ____ : ____ Uhr

Labor-Barcodenummer

	Preis		Preis		Preis
Leistungen des Arztes -Beratungen		Blutgruppenbestimmung / Nothilfepass		Zusatzdiagnostik Schwangerschaft	
<input type="checkbox"/> Beratung < 10min, auch tel.	4,66 €	<input type="checkbox"/> Blutgruppe(AB0) + Rh-Faktor +	29,15 €	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG-AK	20,40 €
<input type="checkbox"/> Beratung > 10 min	8,74 €	AK-Suchtest		<input type="checkbox"/> Varizella zoster IgG Ak	17,49 €
Probenentnahmen		für Kinder und Frauen im gebärfähigen Alter		<input type="checkbox"/> CMV IgG AK	13,99 €
<input type="checkbox"/> Blutentnahme (GOÄ 1,8)	4,19 €	<input type="checkbox"/> Blutgruppe(AB0) + Rh-Formel +	40,80 €	<input type="checkbox"/> B- Streptokokken - Screening	29,40 €
		AK-Suchtest			
Alkohol-Check		Borreliose		Vorgeburtliche genetische Untersuchung	
<input type="checkbox"/> CDT	33,22 €	<input type="checkbox"/> AK ohne Bestätigungstest	40,80 €	<input type="checkbox"/> pränataler Schnelltest	119,30 €
Allergie-Check		Diabetes-Risiko		Hormonstatus	
<input type="checkbox"/> ECP	27,98 €	<input type="checkbox"/> Diabetes-Risiko-Check	13,99 €	<input type="checkbox"/> Mann	77,52 €
<input type="checkbox"/> Basis-Check Nahrungsmittelallergie	29,14 €			<input type="checkbox"/> Frau prämenopausal	69,94 €
<input type="checkbox"/> Basis-Check Inhalative Allergene	29,14 €	Infektionen des Magens und Dünndarms		<input type="checkbox"/> Frau postmenopausal	96,17 €
<input type="checkbox"/> Kinder-Profil	218,55 €	<input type="checkbox"/> HP Schnelltest im Stuhl	14,47 €		
				Haarausfall-Check	
Arteriosklerose- Risiko-Check		Drogenscreening		<input type="checkbox"/> hormonbedingt Mann	62,95 €
<input type="checkbox"/> Basis-Profi	26,81 €	<input type="checkbox"/> Screening	72,85 €	<input type="checkbox"/> hormonbedingt Frau	90,34 €
<input type="checkbox"/> Profil weitere Risikofaktoren	44,31 €	<input type="checkbox"/> Bestätigungsanalytik	52,46 €	<input type="checkbox"/> ernährungsbedingt	40,22 €
				<input type="checkbox"/> immunologisch / infektiös bedingt	43,14 €
Anämie		Immunstatus		Weitere IGeL	
<input type="checkbox"/> Eisen-Mangel-Check	97,93 €	<input type="checkbox"/> Immunstatus	188,82 €	<input type="checkbox"/> HAV-Ak	13,99 €
				<input type="checkbox"/> HBs-Ak	13,99 €
Vitamine / Spurenelemente		Leberfunktion		<input type="checkbox"/> HCV-Ak	23,32 €
<input type="checkbox"/> Vitamin B12	14,57 €	<input type="checkbox"/> Leberfunktions-Check	23,89 €	<input type="checkbox"/> HIV-Test (ohne Bestätigungstest)	17,49 €
<input type="checkbox"/> Holotranscobalamin	27,98 €			<input type="checkbox"/> HIV-PCR	145,73 €
<input type="checkbox"/> Folsäure	14,57 €	Nieren und ableitende Harnwege		<input type="checkbox"/> Syphilis (TPPA)	13,41 €
<input type="checkbox"/> Vitamin D	27,98 €	<input type="checkbox"/> Check Nieren und ableitende Harnwege	22,45 €	<input type="checkbox"/> HBc-Ak	17,49 €
<input type="checkbox"/> Vitamin B1	33,22 €			<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis DNA (PCR)	116,60 €
<input type="checkbox"/> Vitamin B6	33,22 €	Prostata			
<input type="checkbox"/> Zink	5,25 €	<input type="checkbox"/> PSA (ohne freies PSA)	17,49 €		
<input type="checkbox"/> Selen	23,90 €				
		Rheumatoid-Arthritis		Sonstiges (bitte eintragen)	
Blutfette		<input type="checkbox"/> Rheumatoid-Arthritis-Risiko	69,34 €		
<input type="checkbox"/> Lipidstatus	9,32 €				

Nach Aufklärung über die medizinische Bedeutung der Leistungen wünsche ich die Durchführung der oben gekennzeichneten individuellen Gesundheitsleistungen. Mir ist bekannt, dass die von mir gewünschten ärztlichen Leistungen in dieser Zusammenstellung nicht zum Leistungsumfang meiner Krankenversicherung gehören. Ich werde die Kosten meines Auftrages selbst tragen.

Datum: _____

Unterschrift: _____