IGeL - Auftrag 2

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

PAT-ID

Datum

☐ Rechnung an Patient direkt

☐ Rechnung an Patient über medizinisches Abrechnungszentrum (maz)

☐ keine Heilbehandlung

Labor-Nr.

Barcode-Etikett

Stempel und Unterschrift überweisender Arzt

Abnahme-Datum: T T M M J J

Abnahme-Uhrzeit: h h m m

Geschlecht (M/W/D):

Diagnose / Klinische Angaben / Besonderheiten Materialentnahme / Weitere Untersuchungen (Anfrage erbeten):

MVZ Labor Passau GmbH
Wörth 15
94034 Passau
Tel. (0851) 95 93 00 Fax (0851) 95 93 263

Laborleistungen zzgl. einer einmaligen Material- und Transportkostenpauschale lt. §10 GOÄ

VITAMINE

25-OH Vitamin D3	S
1.25-OH Vitamin D3	S
Vitamin A	SØ*
Vitamin B1	EBØ
Vitamin B2 (P)	EBØ*
Vitamin B6	EBØ
Vitamin B12	S
Folsäure	S
Holo-Transcobalamin	S
Vitamin C	!
Vitamin E	SØ*
Vitamin H (Biotin) (P)	S
Vitamin K (P)	SØ*

SEXUELL ÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN

HIV-Suchtest	S
Lues-Suchtest	S
STI 1 Multiplex-PCR *	ES
* (Chl. trach., N. gonorrh., Mycopl. genit, Mycopl. hom., Ureapl. ureal., Ureapl. parv., Trich.vag)	
Chl. trachomatis-DNA (PCR)	ES
N. gonorrhoeae-DNA (PCR)	ES
HPV-DNA, high risk (PCR) (P)	SPZ

IMMUNHÄMATOLOGIE

Blutgruppe incl. AK-Suchtest	#EB-BG
BG, AK-Suchtest, RH-Formel, Kell **	#EB-BG
** bei erforderlicher AK-Differenzierung fallen zusätzliche Kosten an	

HERZ-KREISLAUF-DIAGNOSTIK

Cholesterin	S
HDL-Cholesterin	S
LDL-Cholesterin	S
CRP (Ultrasensitiv)	S
Homocystein/ HCY-Z-Gel	SPZ
Homocystein	EP
Lipoprotein (a)	S
proBNP, N-terminal	S
Triglyzeride	S

STUHLDIAGNOSTIK

Hämoglobin (iFOBT)	OC
Helicobacter pylori-Ag	ST

TUMORMARKER

PSA, ges.	S
PSA, frei	S
CEA	S
CA 15-3	S
CA 19-9	S
CA 125	S

HORMON-DIAGNOSTIK

Androstendion	S
Anti-Müller-Hormon	S
Cortisol	S
DHEA-S	S
Freies T3	S
Freies T4	S
FSH	S
HCG, ges.	S
LH	S
Östradiol	S
Progesteron	S
Prolaktin	S
SHBG	S
Testosteron	S
TSH basal	S

DIABETES MELLITUS

HbA1c	EB
Insulin	S*

GRAVIDITÄT/ MuVo

75g-OGTT	!
ß-häm. Strepto. Gr. B Kultur ***	VA
*** bei pos. Befund fallen zusätzl. Kosten an	

NIERE

Cystatin C	S
Parathormon (intakt)	S

SONSTIGES

Diaminooxidase-Konz.	S
Omega-3-Index (Fetts.a.Ery.)	EB
Thyreoglobulin-Ak	S
TPO-Ak	S
TSH-Rezeptor-Ak	S

INFEKTIONSSEROLOGIE

CMV-Ak (IgG)	S
CMV-Ak (IgM)	S
EBV-Ak (VCA-IgG)	S
EBV-Ak (VCA-IgM)	S
Lyme-Ak (IgG) Suchtest	S
Lyme-Ak (IgM) Suchtest	S
Parvovirus B19-Ak (IgG)	S
Parvovirus B19-Ak (IgM)	S
Toxoplasmose-Ak-Screening	S
Toxoplasmose-Ak (IgG)	S
Toxoplasmose-Ak (IgM)	S
VZV-Ak (IgG)	S
VZV-Ak (IgM)	S

IMPFTITER (NUR IGG)

Diphtherie (P)	S
FSME	S
Hepatitis B	S
Masern	S
Mumps	S
Röteln	S
Tetanus	S

HEPATITIS-SEROLOGIE

HAV-Ak qual.	S
HBs-Ak	S
HBsAg	S
HBc-Ak	S
HCV-Ak	S

CORONA

SARS-CoV-2-RNA (PCR)	CO
SARS-CoV-2-Ak Spike-Protein	S
SARS-CoV-2-Ak Nukleokapsid (P)	S

GERINNUNG

D-Dimere/ Fibrinogen Spaltprod.	CB
Fibrinogen	CB
Quick/ INR	CB
aPTT	CB

ALKOHOLMARKER

CDT	S

SPURENELEMENTE

Jodid	S
Kupfer	S
Magnesium	S
Selen	S
Zink	S

EISENSTOFFWECHSEL

Blutbild, klein	EB
Eisen	S
Ferritin	S
Transferrin	S

EINZELUNTERSUCHUNGEN

Albumin	S
Alkal. Phosphatase	S
Amylase, pankreat.	S
Bilirubin, ges.	S
Blutbild, klein	EB
Blutbild, groß	EB
Blutsenkung	EB
Calcium	S
Cholinesterase	S
CK-NAC	S
CRP quant.	S
Eiweiß, ges.	S
Gamma-GT	S
Glukose, nüchtern	S
Glukose, nüchtern	GX
GOT	S
GPT	S
Harnsäure	S
Harnstoff	S
Kalium	S
Kreatinin	S
LDH	S
Lipase	S
Natrium	S
Phosphat, anorgan.	S
Rheumafaktor, quant.	S

= separat * = tiefgefroren Ø = lichtgeschützt ! = siehe akt. Leistungsverzeichnis (P) = Leistungserbringung und Rechnungsstellung durch Partnerlabor CB = Citrat-Blut CO = Cobas PCR Medium EB = EDTA-Blut
EB-BG = EDTA-Blut-Blutgruppe EP = EDTA-Plasma GX = GlucoExakt-Rö. OC = OC-Sensor-Probenrö. S = Serum SPZ = Spezial-Rö. St = Stuhl SU = 24h-Sammelurin VA = Vaginalabstrich

Leistungen des niedergelassenen Arztes bei Abrechnung über Privatärztliche Verrechnungsstelle:

GOÄ-Ziffer	Faktor	Datum
1	,	
250	,	
	,	
	,	
	,	

Abrechnung **GOÄ-Ziffer 1 mit Faktor 2,3** und **GOA-Ziffer 250 mit Faktor 1,8,** wenn keine Abweichende Angaben.

☐ **Antrag abgeschlossen; Rechnung kann ohne Wartezeit gestellt werden**

Mir ist bekannt, dass die von mir gewünschten Leistungen nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehören und dass die Liquidation für diese Leistungen auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt. Ich habe gegenüber meiner Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung, weder ganz noch teilweise. **Diese Rechnung ist von mir zu bezahlen.**

Die MVZ Labor Passau GmbH ist befugt, übernommene Aufträge an Dritte ärztlich geleitete Einrichtungen als Erfüllungsgehilfen ganz oder teilweise weiterzuleiten. Auf das Eigentum an den dabei übergebenen Körpersubstanzen bzw. -teilen wird zugunsten des MVZ Labor Passau GmbH verzichtet, der ordnungsgemäßen Vernichtung nach Abschluß der Befundung wird ausdrücklich zugestimmt.

Mit der oben genannten Rechnungsadressierung und -übermittlung bin ich einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass alle zur Rechnungsstellung notwendigen Unterlagen über die MVZ Labor Passau GmbH an das maz, Medizinisches Abrechnungszentrum Regensburg GmbH, Benedikt-Hopp-Str. 20, 93161 Sinzing, weitergeleitet werden und die Honorarforderungen der beteiligten Ärzte an diese Verrechnungsstelle zum Einzug übergeben werden. Dieses Einverständnis kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Über die oben genannten Punkte wurde ich von meiner Ärztin/meinem Arzt aufgeklärt. Der Auftrag kann nur mit gültiger Patientenunterschrift bearbeitet werden.

Datum: _____ Unterschrift Patient/-In / Sorgeberechtigte/-r: _____

Weitere Informationen zur Präanalytik entnehmen Sie bitte unserem aktuellen Leistungsverzeichnis unter: **https://www.labor-passau.de**

0015 9960 00

Die aktuelle IGeL-Preisliste finden Sie unter: **https://www.labor-passau.de/service/igel-preisliste/** oder scannen Sie den folgenden QR-Code: