

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

LABOR ENDERS

Prof. Dr. med. Gisela Enders & Kollegen MVZ
 Rosenbergstr. 85 • 70193 Stuttgart
 Tel. 0711 / 6357 - 0 • Fax - 202
 www.labor-enders.de



Barcode ggf. hier einkleben

Individuelle Gesundheitsleistungen für GKV-Patienten

Einsender

Leistungen in der Praxis

GOÄ	Leistung	Kosten €
Beratung / Untersuchung		
<input type="checkbox"/>	1. Beratung, einfach	10,72**
<input type="checkbox"/>	2. Beratung, einfach	10,72**
<input type="checkbox"/>	3. Beratung >10 Minuten	20,11**
<input type="checkbox"/>	3. Beratung >10 Minuten	20,11**
<input type="checkbox"/>	34. Befunderörterung >20 Minuten	40,22**
<input type="checkbox"/>	5. Symptombezogene Untersuchung	10,72**
<input type="checkbox"/>	8. Ganzkörperstatus	34,86**
Dokumentation		
<input type="checkbox"/>	70. Kurze Bescheinigung	5,36**
<input type="checkbox"/>	75. Ausführlicher Krankheitsbericht	17,43**
<input type="checkbox"/>	80. Gutachterliche Stellungnahme	40,22**
Injektionen / Abstriche		
<input type="checkbox"/>	250. Blutentnahme	4,20**
<input type="checkbox"/>	252. Injektion, intramuskulär	5,36**
<input type="checkbox"/>	253. Injektion, intravenös	9,38**
<input type="checkbox"/>	298. Abstrichentnahme	5,36**
Apparative Diagnostik		
<input type="checkbox"/>	415. Ultraschall i.d. Schwangerschaft	44,22**
<input type="checkbox"/>	410. Organ-Ultraschall	26,81**
<input type="checkbox"/>	403. Zuschlag transkavitär	15,74**
<input type="checkbox"/>	420. US bis zu 3 weitere Organe	10,72**
<input type="checkbox"/>	1006A. hochaufl. Fehlbildungs-US	110,75**
Sonstige Leistungen in der Praxis		

Schwangerschaft

Mat. 1. Trimester-Screening	Laborkosten €	Mat. Infektionsscreening	Laborkosten €
<input type="checkbox"/> S Erstrimester-Screening mit NT (GenDG)	52,40	<input type="checkbox"/> S Cytomegalie-IgG	13,99
<input type="checkbox"/> S Erstrimester-Screening mit NT+PLGF 2)	80,38	<input type="checkbox"/> S Cytomegalie-IgM	17,49
<input type="checkbox"/> S Trisomie-21-Risiko, biochemisch (GenDG)	34,97	<input type="checkbox"/> S Cytomegalie-IgG + IgM, wenn IgG positiv	31,48
<input type="checkbox"/> S MoM-Werte PAPP-A + freies β-hCG	34,97	<input type="checkbox"/> S Parvovirus-B19-IgG	13,99
<input type="checkbox"/> S DoE-Werte PAPP-A + freies β-hCG	34,97	<input type="checkbox"/> S Parvovirus-B19-IgM	17,49
<input type="checkbox"/> S nur Messwerte PAPP-A + freies β-hCG	34,97	<input type="checkbox"/> S Parvovirus-B19-IgG + IgM, wenn IgG positiv	31,48
Präeklampsie		<input type="checkbox"/> S Toxoplasma-IgG	20,40
<input type="checkbox"/> S Screening auf Präeklampsie SSW 11-14	48,38	<input type="checkbox"/> S Toxoplasma-IgM	20,40
<input type="checkbox"/> S SFIT-1/PIGF-Quotient ab SSW 18+	55,96	<input type="checkbox"/> S Toxoplasma-IgG + IgM, wenn IgG positiv	40,80
oGTT		<input type="checkbox"/> S Varizella-Zoster-IgG	13,99
<input type="checkbox"/> GE oGTT 50 g (1 x GlucoExact-Blut)	2,33	<input type="checkbox"/> ggf. notwendige Infektionsabklärung zu Lasten der GKV 3)	
<input type="checkbox"/> GE oGTT 75 g (3 x GlucoExact-Blut)	6,99	Einzeluntersuchungen	
Infektionsscreening		Mat. €	Mat. €
<input type="checkbox"/> B-Streptokokken-Screening	14,57	Infektionsdiagnostik	
(Abstrich / Transwab), empf. ab SSW 35		<input type="checkbox"/> S Borrelien-IgG + -IgM	40,80
<input type="radio"/> vaginal/rektal <input type="radio"/> vaginal/perianal		<input type="checkbox"/> S CMV-IgG	13,99
STI-Screening		<input type="checkbox"/> S CMV-IgM	17,49
<input type="checkbox"/> A STI PCR-Panel 1 (C. trachomatis, N. gonorrh., M. genitalium/hominis, T. vaginalis, U. urealyticum/parvum)	52,47	<input type="checkbox"/> S FSME-IgG	13,99
<input type="checkbox"/> A STI PCR-Panel 2 (HSV-1, HSV-2, VZV, Treponema pallidum, H. ducrey)	69,96	<input type="checkbox"/> S Hepatitis A-gesamt-AK	13,99
<input type="checkbox"/> U Chlamydia trachomatis PCR	29,14	<input type="checkbox"/> S Hepatitis B HBsAg	14,57
<input type="checkbox"/> U Gonokokken PCR	29,14	<input type="checkbox"/> S Hepatitis B anti-HBc-AK	17,49
<input type="checkbox"/> ED HIV1-PCR	128,23	<input type="checkbox"/> S Hepatitis B anti-HBs-AK	13,99
<input type="checkbox"/> S HIV-Test (AK + p24) (K)	17,49	<input type="checkbox"/> S Hepatitis C-AK	23,31
<input type="checkbox"/> S Hepatitis B HBsAg (K)	14,57	<input type="checkbox"/> A HPV high risk	29,14
<input type="checkbox"/> S Hepatitis C-AK (K)	23,31	<input type="checkbox"/> A HPV high and low risk	99,09
<input type="checkbox"/> S Syphilis-Suchreaktion (K)	13,41	<input type="checkbox"/> S HSV-1/2-IgG	13,99
(K) Zum Infektionsausschluss Kontrolle notwendig		<input type="checkbox"/> S Listerien (LLO)-IgG	20,40
		<input type="checkbox"/> S Masern-IgG (ELISA)	13,99
		<input type="checkbox"/> S Masern-AK (Neutral.-Test.)	89,19
		<input type="checkbox"/> S Mumps-IgG	13,99
		<input type="checkbox"/> S Parvovirus-B19-IgG	13,99
		<input type="checkbox"/> S Parvovirus-B19-IgM	17,49
		<input type="checkbox"/> S Polio-AK (Typ 1,3)	59,46
		<input type="checkbox"/> S Röteln-IgG	13,99
		<input type="checkbox"/> S SARS-CoV-2 (N.-Capsid)-AK	17,49
		<input type="checkbox"/> S SARS-CoV-2 (Spikeprot.-)IgG	17,49
		<input type="checkbox"/> A SARS-CoV-2 PCR	58,28
		<input type="checkbox"/> S Syphilis-Suchr.	13,41
		<input type="checkbox"/> S Tetanustoxin-IgG	20,40
		<input type="checkbox"/> S Toxoplasma-IgG	20,40
		<input type="checkbox"/> S Toxoplasma-IgM	20,40
		<input type="checkbox"/> HB Tuberkulose T-Spot	82,77
		<input type="checkbox"/> S Varizella-Zoster-V.-IgG	13,99
		<input type="checkbox"/> S Zika-Virus-IgG + -IgM	31,48
		Sonstiges	
		<input type="checkbox"/> ED Blutbild, kleines	3,50
		<input type="checkbox"/> ED Blutbild, großes	4,67
		<input type="checkbox"/> ED Blutgruppe	29,14
		<input type="checkbox"/> S Ferritin	14,57
		<input type="checkbox"/> S γ-GT	2,33
		<input type="checkbox"/> S GOT (AST)	2,33
		<input type="checkbox"/> S GPT (ALT)	2,33
		<input type="checkbox"/> IDK Blut im Stuhl (2 Proben)	34,96
		Hormone	
		<input type="checkbox"/> S AMH	43,72
		<input type="checkbox"/> S Cortisol im Serum	14,57
		<input type="checkbox"/> S DHEA-Sulfat	20,40
		<input type="checkbox"/> S Estradiol	20,40
		<input type="checkbox"/> S Estron	27,98
		<input type="checkbox"/> S FSH	14,57
		<input type="checkbox"/> S hCG	14,57
		<input type="checkbox"/> S*GE HOMA-Index	16,90
		<input type="checkbox"/> S LH	14,57
		<input type="checkbox"/> S Progesteron	20,40
		<input type="checkbox"/> S Prolaktin	20,40
		<input type="checkbox"/> S SHBG	26,23
		<input type="checkbox"/> S Testosteron	20,40
		<input type="checkbox"/> S TSH	14,57
		<input type="checkbox"/> S FT3	14,57
		<input type="checkbox"/> S FT4	14,57
		Tumormarker	
		<input type="checkbox"/> S PSA	17,49
		<input type="checkbox"/> S Freies PSA	17,49
		Diabetes/Arteriosklerose	
		<input type="checkbox"/> GE BZ nüchtern	2,33
		<input type="checkbox"/> ED HbA1c	11,66
		<input type="checkbox"/> S Cholesterin	2,33
		<input type="checkbox"/> S HDL-Cholesterin	2,33
		<input type="checkbox"/> S LDL-Cholesterin	2,33
		<input type="checkbox"/> S Triglyceride gesamt	2,33
		<input type="checkbox"/> S CRP, high sensitive	11,66
		<input type="checkbox"/> CP* Fibrinogen	5,83
		<input type="checkbox"/> EP* Homocystein	33,22
		<input type="checkbox"/> S Lipoprotein (a)	17,49
		Vitamine/Spurenelemente	
		<input type="checkbox"/> S* Folsäure	14,57
		<input type="checkbox"/> S Vitamin B 12	14,57
		<input type="checkbox"/> S 25-OH-Vitamin D	27,98
		<input type="checkbox"/> S Selen i. S.	23,90
		<input type="checkbox"/> S Zink i. S.	5,25
		weitere Untersuchungen	

Eilige Übermittlung gewünscht telefonisch: _____ auf folgende Faxnummer: _____

auf die bekannte Faxnummer auf folgende Faxnummer: _____

telefonisch unter folgendem Codewort erfragen (nicht für Untersuchungen nach GenDG möglich!)

Codewort: _____



0053 0034 15

Abn.-Dat.: _____ Uhrzeit: _____

SSW: _____ + _____ ZT: _____ Datum Erstgespräch: _____

Parität: _____ - Gravida _____ - Para _____ Datum Zweitgespräch: _____

ggf. PVS-Nummer: _____

Patienten-Einverständnis-Erklärung:

Ich bin darüber informiert worden, dass diese, von mir gewünschten ärztlichen Leistungen nicht zum Leistungsumfang meiner Krankenversicherung gehören. Ich werde die Kosten der Anforderungen selbst bezahlen. **Hinzu kommen Versandgebühren in Höhe von 4,25 Euro.** Ich bin damit einverstanden, dass alle zur Rechnungsstellung notwendigen Daten an die Privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS-Südwest GmbH) weitergeleitet werden und die Honorarforderungen der beteiligten Ärzte und des Labors an diese Verrechnungsstelle zum Einzugs übergeben und abgetreten werden. Die ermittelten Laborergebnisse werden dem beratenden Arzt zugestellt.

Ort, Datum _____ Unterschrift des Patienten (Vor- und Zuname) _____

Hinweise zur Verwendung dieses Anforderungsformulars: siehe Rückseite Blatt 1.

Klinische und anamnestic Hinweise bitte auf der Rückseite vermerken.

1) Abrechnung des gesamten Auftrags über eine Privatärztliche Verrechnungsstelle, falls in der Praxis erbrachte Leistungen angegeben werden.

2) bzw. "GenDG": Einwilligung nach Gendiagnostik-Gesetz erforderlich, siehe Rückseite Blatt 1.

3) Ein Überweisungsschein liegt bei oder wird ggf. nachgereicht.

* Material muss gefroren sein!

** Die Preisangaben wurden mit dem bei Privatpatienten üblichen Faktor gesteigert (2,3/1,8). Ansonsten gilt der 1,0-fache GOÄ-Satz. Falls Sie einen abweichenden Steigerungsfaktor wünschen, bitte diesen in der grünen Spalte hinter dem Betrag eintragen.

Hinweise zur Benutzung dieses Formulars:

Dieses Formular ermöglicht die Anforderung von individuellen Gesundheitsleistungen (IGEL) in unserem Labor. Falls Sie dem Patienten gleichzeitig Ihre eigenen Leistungen oder Untersuchungen aus dem Bereich des MII-Basis-Labors in Rechnung stellen wollen, können Sie diese in der linken Spalte ankreuzen oder eintragen. In diesem Fall wird die Rechnung an den Patienten durch eine Privatärztliche Verrechnungsstelle gestellt.

Bitte ggf. den Steigerungsfaktor der GOÄ angeben.

Material-Legende

A = Abstrich	S = Serum
CB = Citrat-Blut	IDK = Spezialröhrchen f. Blut i. Stuhl
CP = Citrat-Plasma	ST = Stuhl
ED = EDTA-Blut	U = Urin
EP = EDTA-Plasma	Z = Zecke
GE = Glucoexact-Röhrchen	* = tiefgefroren
HB = Heparinblut	

Klinische und anamnestische Angaben / Angaben zur Schwangerschaft

Die mit **Raster** gedruckten Angaben sind für einen zertifizierten Befund im ersten Trimester obligat.

SSW sonographisch +

SSW rechnerisch +

Letzte Regel

Voraussichtlicher Entbindungstermin

Datum der Blutentnahme

Gewicht der Patientin kg

SSL (mm) , mm **FET 2** ,

NT (mm, auf eine Stelle nach dem Komma genau) , mm ,

Datum der Ultraschalluntersuchung

Einlingsschwangerschaft

Mehrlingsschwangerschaft

Zahl der Feten monochorial dichorial

ICSI/IVF

Frühere Schwangerschaften mit Trisomie 21/18/13

Trisomie 21 Trisomie 18 Trisomie 13

Erstgebärende 2.- oder Multipara

Nasenknochen vorhanden nicht vorhanden

Raucherstatus Nichtraucherin Raucherin

Ethnische Herkunft Weiße Andere Hautfarbe

_____ welche?

Diabetes der Mutter ja nein

Einwilligungserklärung

zur Durchführung einer genetischen Untersuchung nach dem Gendiagnostikgesetz durch das Labor Enders

Vorgesehene Untersuchung:

Genotypisierung Faktor V und/oder Prothrombin-Mutation

Andere Genanalyse: _____

Vorgeburtliche Risikoanalyse auf das Vorliegen einer Chromosomenstörung beim Kind

Ziel einer vorgeburtlichen Risikoanalyse ist das Ermitteln der Wahrscheinlichkeit, mit der eine Trisomie 21, 13 oder 18 bei Ihrem Feten vorliegt. Es handelt sich bei dieser Untersuchung **nicht** um eine Untersuchung des Erbguts Ihres Kindes.

Patientendaten:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Nachdem die folgenden Fragen mit Ihnen erörtert wurden, beantworten Sie bitte diese durch das Ankreuzen mit Ja oder Nein:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für Nachforderungen im Labor aufbewahrt wird. Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse meiner Untersuchungen im Labor bzw. der Arztpraxis länger als 10 Jahre aufbewahrt werden. Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass anonymisiertes Probenmaterial zum Zwecke der internen Qualitätssicherung verwendet wird. Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Ärzte ebenfalls eine Befundmitteilung erhalten: Ja Nein

Hiermit erteile ich mein Einverständnis für die Durchführung der oben genannten Untersuchung bei mir oder bei meinem minderjährigen Kind. Über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft dieser Untersuchung wurde ich von meinem Arzt hinreichend informiert, auch wurde mir eine ausreichende Bedenkzeit eingeräumt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung bis zum Zeitpunkt der Untersuchung jederzeit widerrufen kann.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Befundmitteilung durch das Labor direkt an den Patienten nicht zulässig ist.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters _____

(Name des aufklärenden Arztes) _____ Unterschrift des aufklärenden Arztes _____

LABOR ENDERS