

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

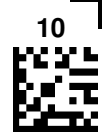
Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

**Eintrag nur bei Weiterüberweisung!**  
 Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers    Arzt-Nr. des Erstveranlassers

**Befund eilt, Übermittlung an**  Telefon  Fax Nr. \_\_\_\_\_

## Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung



Kurativ     Präventiv     bei belegärztl. Behandlung     Unfall, Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschaftskennziffer \_\_\_\_\_

Quartal **Q J J**

Geschlecht \_\_\_\_\_

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

Behandlung gemäß  § 116b SGB V    eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Abnahmedatum **T T M M J J**    Abnahmezeit **h h m m**    SSW \_\_\_\_\_

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (10.2020)

## STI-Multiplex-PCR

Abrechnung:

Kasse     Privat     IGeL     PVS     weiblich     männlich     unbestimmt     divers



### STI-Multiplex-PCR (STD-Geschlechtskrankheiten)

#### Gewünschte Analysen

- STI-Multiplex-PCR**    Material: Abstrich    **64,12 Euro**
- BAKTERIEN  
 Chlamydia trachomatis (CT)  
 Haemophilus ducreyi (HD)  
 Mycoplasma genitalium (MG)  
 Mycoplasma hominis (MH)  
 Neisseria gonorrhoeae (NG)  
 Treponema pallidum (TP)  
 Ureaplasmaparvum (UP)  
 Ureaplasma urealyticum (UU)  
 PROTOZOEN  
 Trichomonas vaginalis (TV)  
 VIREN  
 Herpes-simplex-Virus 1 (HSV-1)  
 Herpes-simplex-Virus 2 (HSV-2)

#### Gewünschte Analysen

Bitte beigefügte Serummonovette verwenden!

- Treponemapallidum AK    Material: Serum    **20,40 Euro (\*)**
- HIV Ag/Ab Combo    Material: Serum    **17,49 Euro (\*)**
- Hepatitis Bs Ag    Material: Serum    **13,99 Euro (\*)**

(\*) HINWEIS: Bei positivem Befund entstehen Zusatzkosten

#### Praxisleistung

Nur bei gemeinsamer Rechnungserstellung über die PVS!

- Beratung (Ziffer 1)    **10,72 Euro**
- Beratung (Ziffer 3)    **20,11 Euro**
- Abstrichentnahme (Ziffer 298)    **5,36 Euro**
- Blutentnahme (Ziffer 250)    **4,20 Euro**

#### Entnahmeort Abstrich

- Abstrich genital
- Abstrich urethral

#### Vereinbarung über die Inanspruchnahme von privatärztlichen und IGeL Laborleistungen

Ich wünsche die Erbringung der auf diesem Formular markierten privatärztlichen Laborleistungen durch das Arztlabor. Ich wurde über die Bedeutung und Notwendigkeit dieser Laborleistungen ausreichend aufgeklärt. Die Liquidation dieser Leistungen erfolgt durch das Arztlabor oder durch eine privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS) auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Ich bin damit einverstanden, dass die Abrechnung ggf. durch eine privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS) erfolgt und dass die zur Rechnungsstellung, zum Einzug und zur Abtretung der Forderungen notwendigen persönlichen Daten an die privatärztliche Verrechnungsstelle übermittelt werden.

Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass meine Daten, falls erforderlich (z.B. Speziallaboruntersuchungen), an externe Auftragnehmer z.B. Labore, Konsiliarlabore weitergegeben werden. Die Ergebnisse der Laboranalysen werden an die beratende Ärztin bzw. den beratenden Arzt übermittelt.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_



Bitte mit schwarzem Stift so markieren:

### EBM-Ausnahmeindikationskennziffern

32004	Diagnostik zur Bestimmung der notwendigen Dauer, Dosierung und Art eines gegebenenfalls erforderlichen Antibiotikums vor Einleitung einer Antibiotikatherapie oder bei persistierender Symptomatik vor erneuter Verordnung
32005	Antivirale Therapie der chronischen Hepatitis B oder C mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga
32006	Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht oder Mukoviszidose
32007	Leistungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung
32008	Anfallsleiden unter antiepileptischer Therapie oder Psychosen unter Clozapintherapie
32009	Allergische Erkrankungen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr
32011	Therapie der hereditären Thrombophilie, des Antiphospholipidsyndroms oder der Hämophilie
32012	Erkrankungen unter antineoplastischer Therapie oder systemischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie
32014	Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
32015	Orale Antikoagulantientherapie
32017	Manifeste angeborene Stoffwechsel- und/oder endokrinologische Erkrankung(en) bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
32018	Chronische Niereninsuffizienz mit einer endogenen Kreatinin-Clearance < 25 ml/min
32020	HLA-Diagnostik vor einer Organ-, Gewebe- oder hämatopoetischen Stammzelltransplantation und/oder immunsuppressive Therapie nach erfolgter Transplantation
32021	Therapiebedürftige HIV-Infektionen
32022	Manifester Diabetes mellitus
32023	Rheumatoide Arthritis (PCP) einschl. Sonderformen und Kollagenosen unter immunsuppressiver oder immunmodulierender Langzeit-Basistherapie
32024	Erkrankungen oder Verdacht auf prä- bzw. perinatale Infektionen

Telefonische Auskunft: 02553-93890  
Anforderung von Versandmaterial: 02553-9389202

Arztlabor  
Katharina Krieg  
Hospitalstr.2  
48607 Ochtrup