

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	Vk gültig bis	Datum

# Laborauftrag

## Bakteriologie und Infektionsserologie


 Privat   
 privat Krankenhaus stationär   
 IGEL  
 privat Krankenhaus ambulant

Probenentnahme - Datum und Zeit
---------------------------------

**Katharina Krieg**  
Hospitalstr. 2 / 48607 Ochtrup  
Tel.: 02553-93890

Einsender	Barcode	Klinische Fragestellung - Anamnese - Antibiotikatherapie
-----------	---------	--

<b>Bakteriologie</b>	<b>Infektionsserologie</b>
----------------------	----------------------------

Material	von	Untersuchung		
<input type="checkbox"/> Abstrich <input type="checkbox"/> Eiter <input type="checkbox"/> Punktat <input type="checkbox"/> Sekret <input type="checkbox"/> _____	_____	<input type="checkbox"/> <b>allgemeine bakteriologische Untersuchung</b> "Erreger und Resistenz" auf pathogene oder ätiologisch relevante Keime <u>und</u> <u>Antibiogramm</u>		
	oder			
<input type="checkbox"/> Absaugkatheter <input type="checkbox"/> Analabstrich <input type="checkbox"/> Analklebestreifen <input type="checkbox"/> Arterienkatheter <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Blasenkatheter <input type="checkbox"/> Blasenpunktat <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> Blutkultur <input type="checkbox"/> aerob <input type="checkbox"/> anaerob <input type="checkbox"/> Bronchiallavage <input type="checkbox"/> Drainage <input type="checkbox"/> Fruchtwasser <input type="checkbox"/> Galle <input type="checkbox"/> Gewebe <input type="checkbox"/> Implantat <input type="checkbox"/> IUP <input type="checkbox"/> Katheterurin <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Magensaft <input type="checkbox"/> Muttermilch <input type="checkbox"/> Sperma <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Trachealsekret <input type="checkbox"/> Uricult <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Rektalabstrich <input type="checkbox"/> Vaginalabstrich <input type="checkbox"/> Venenkatheter <input type="checkbox"/> Ventrikelkatheter <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Abszess <input type="checkbox"/> Achsel <input type="checkbox"/> Aszites <input type="checkbox"/> Bindehaut <input type="checkbox"/> Bursa <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Douglas <input type="checkbox"/> Gelenk <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Kniegelenk <input type="checkbox"/> Leiste <input type="checkbox"/> Mund <input type="checkbox"/> Nabel <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Nebenhöhle <input type="checkbox"/> Ohr <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Perineum <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Prostata <input type="checkbox"/> Rachen <input type="checkbox"/> Tonsille <input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> Zervix <input type="checkbox"/> Zunge <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> <b>gezielte Untersuchung</b>  <span style="color: red;">bakterielle Erreger</span> <input type="checkbox"/> Anaerobier <input type="checkbox"/> A-Streptokokken <input type="checkbox"/> B-Streptokokken <input type="checkbox"/> Campylobacter <input type="checkbox"/> Clostridium difficile Toxin A/B <input type="checkbox"/> Dyspepsie-Coli (EPEC) <input type="checkbox"/> EHEC <input type="checkbox"/> Gardnerella vaginalis <input type="checkbox"/> Gonokokken (kulturell) <input type="checkbox"/> Gonokokken-Direktnachweis (PCR) <input type="checkbox"/> Helicobacter <input type="checkbox"/> Mykoplasma / Ureaplasma <input type="checkbox"/> MRSA / ORSA <input type="checkbox"/> Salmonellen <input type="checkbox"/> Shigellen <input type="checkbox"/> TB-Kultur <input type="checkbox"/> TB-Direktnachweis (PCR) <input type="checkbox"/> Trichomonas <input type="checkbox"/> Yersinien <input type="checkbox"/> _____  <span style="color: red;">Virale Erreger</span> <input type="checkbox"/> Adenoviren <input type="checkbox"/> Norwalk-like Virus (Norovirus) <input type="checkbox"/> Rotaviren <input type="checkbox"/> RS-Virus <input type="checkbox"/> _____  <span style="color: red;">Pilz-Infektionen</span> <input type="checkbox"/> Aspergillus <input type="checkbox"/> Candida <input type="checkbox"/> Hautpilze <input type="checkbox"/> Nagelpilze <input type="checkbox"/> Schimmelpilze <input type="checkbox"/> Sprosspilze <input type="checkbox"/> _____  <span style="color: red;">Parasiten</span> <input type="checkbox"/> Lamblien <input type="checkbox"/> Kryptosporidien <input type="checkbox"/> Ruhr-Amöben <input type="checkbox"/> Würmer / Wurmeier <input type="checkbox"/> _____	<b>S</b> <input type="checkbox"/> Adenoviren-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Aspergillus-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Bartonella henselae-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Bartonella quintana-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis-Serologie <b>S</b> <input type="checkbox"/> Borrelien-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Brucellen-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Campylobacter-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Candida-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis-Ak <b>AB</b> <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis-Direktnachweis <b>S</b> <input type="checkbox"/> Chlamydia psittaci-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Coxsackie Viren-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Cytomegalie Virus-IgG/-IgM <input type="checkbox"/> Cytomegalie Virus-Direktnachweis <b>S</b> <input type="checkbox"/> Cytomegalie Virus-Avidität <b>S</b> <input type="checkbox"/> Diphtherie-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Epstein Barr Virus-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> ECHO Viren-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Enteroviren-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Gonokokken-Ak <b>AB</b> <input type="checkbox"/> Gonokokken-Direktnachweis <b>S</b> <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Herpes simplex-Ak <input type="checkbox"/> Herpes simplex-Direktnachweis <b>S</b> <input type="checkbox"/> HIV-Ak (Suchtest) <b>S</b> <input type="checkbox"/> HIV p24-Antigen <b>S</b> <input type="checkbox"/> HIV-AK Diff. Westernblot <b>E</b> <input type="checkbox"/> HIV-Direktnachweis <b>AB</b> <input type="checkbox"/> HPV (low risk-Typen) <b>AB</b> <input type="checkbox"/> HPV (high risk-Typen) <b>S</b> <input type="checkbox"/> Influenza-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Legionella-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Leptospiren-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Listerien-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Lues-Serologie <b>S</b> <input type="checkbox"/> Malaria-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Masern-IgG/-IgM-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Mumps-IgG/-IgM-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Mykoplasma-Ak <b>ST</b> <input type="checkbox"/> Norovirus-Direktnachweis <b>S</b> <input type="checkbox"/> Parainfluenza-Ak <input type="checkbox"/> Parodontose-Keime <b>S</b> <input type="checkbox"/> Parvovirus-IgG/-IgM-Ak	<b>S</b> <input type="checkbox"/> Parvovirus-IgG/-IgM-Ak (Immunoblot) <input type="checkbox"/> Pneumocystis carinii <b>S/L</b> <input type="checkbox"/> Pneumokokken-Ag <b>S</b> <input type="checkbox"/> Pneumokokken-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Poliovirus-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Q-Fieber (Coxiella burnetii) <b>S</b> <input type="checkbox"/> RSV-Antikörper <b>S</b> <input type="checkbox"/> Rickettsien-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Röteln-HHT <b>S</b> <input type="checkbox"/> Röteln-Ak (IgG/IgM) <b>S</b> <input type="checkbox"/> Röteln-IgG-Ak-Avidität <input type="checkbox"/> Röteln-Direktnachweis <b>S</b> <input type="checkbox"/> Rotaviren-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Streptokokken-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Tetanus-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Tollwut-Ak <b>S</b> <input type="checkbox"/> Toxoplasmose-Screening <b>S</b> <input type="checkbox"/> Toxoplasmose (IgG/IgM) <b>S</b> <input type="checkbox"/> Toxoplasmose-IgG-Ak-Avidität <input type="checkbox"/> Toxoplasmose-Direktnachweis <b>S</b> <input type="checkbox"/> Varizella Zoster (IgG/IgM) <b>S</b> <input type="checkbox"/> Varizella-Zoster-IgG-Ak-Avidität <b>S</b> <input type="checkbox"/> Varizella Zoster-Direktnachweis <b>S</b> <input type="checkbox"/> Yersinien-Ak <input type="checkbox"/> _____
			<b>Hepatitis-Diagnostik</b>	
			<b>S</b> <input type="checkbox"/> HAV-IgG-Ak	<b>Hepatitis A</b>
			<b>S</b> <input type="checkbox"/> HAV-IgM-Ak	
			<b>S</b> <input type="checkbox"/> HBsAg	
			<b>S</b> <input type="checkbox"/> Anti-HBc-Ak	
			<b>S</b> <input type="checkbox"/> Anti-HBc-IgM-Ak	
			<b>S</b> <input type="checkbox"/> Anti-HBs-Ak (Impfkontrolle)	
			<b>S</b> <input type="checkbox"/> HBeAg	<b>Hepatitis B</b>
			<b>S</b> <input type="checkbox"/> Anti-HBe-Ak	
			<input type="checkbox"/> Hepatitis B Virus Direktnachweis	
			<b>S</b> <input type="checkbox"/> Hepatitis B-Virus Viruslast	
			<b>S</b> <input type="checkbox"/> HCV-Ak	
			<b>S</b> <input type="checkbox"/> HCV-AK-Blot	<b>Hepatitis C</b>
			<input type="checkbox"/> HCV-Direktnachweis	
			<input type="checkbox"/> HCV-Viruslast	

**AB** = Abstrich  
**E** = EDTA-Blut  
**L** = Liquor  
**S** = Serum  
**ST** = Stuhl  
 = bitte m.Labor telefonieren!

# Erklärung über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)

## 1. Rechnungsstellung an die Patienten

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse wünsche ich die Durchführung der umseitig markierten individuellen Gesundheitsleistung(en). Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte(n) ärztliche(n) Leistung(en) nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehört/gehören und dass die Liquidation für diese Leistung(en), zu meinen Lasten, auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt. Mir ist ferner bekannt, dass für meine Krankenkasse keine Verpflichtung besteht, die Kosten ganz oder anteilig zu übernehmen.

---

Ort, Datum und Unterschrift des Patienten

## 2. Gemeinsame Rechnungsstellung durch eine privatärztliche Verrechnungsstelle

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse wünsche ich die Durchführung der umseitig markierten individuellen Gesundheitsleistung(en). Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte(n) ärztliche(n) Leistung(en) nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehört/gehören und dass die Liquidation für diese Leistung(en), zu meinen Lasten, auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt. Mir ist ferner bekannt, dass für meine Krankenkasse keine Verpflichtung besteht, die Kosten ganz oder anteilig zu übernehmen.

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

---

Ort, Datum und Unterschrift des Patienten

### **Wichtige Zusatzinformationen für die Praxis!**

Eine Mitgliedschaft in der privatärztlichen Verrechnungsstelle ist für diese Art von Auftrag nicht erforderlich. Sie erhalten als einsendender Arzt bei der privatärztlichen Verrechnungsstelle den Status eines sog. „fallbezogenen“ Kunden ohne weitere Verpflichtung.

Der vorliegende IGeL-Bogen wird an die privatärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet. Diese erstellt eine IGeL-Rechnung mit detaillierter Ausweisung der Abrechnungsdaten nach GOÄ.

Bei zusätzlicher Anforderung von Kassenleistungen, ist ein gesonderter KV-Überweisungsschein und separates Probenmaterial erforderlich.