

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

# Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen

IGeL     PVS



Katharina Krieg  
Hospitalstr. 2  
48607 Ochtrup  
Tel.: 02553/9389-0

Schwangerschaft

JA     NEIN

Geschlecht

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

**Eintrag nur bei Weiterüberweisung!**

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers    Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Abnahmedatum    Abnahmezeit

T T M M J J    h h m m

Befund teilt, Übermittlung an     Telefon     Fax Nr. \_\_\_\_\_

## Bei Abrechnung über die PVS

GOÄ-Ziffer	Steigerungsfaktor	
<input type="checkbox"/> 1	(4,66 EUR)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3	(8,74 EUR)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 75	(7,58 EUR)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 250	(2,33 EUR)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1105	(10,49 EUR)	<input type="checkbox"/>

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

## Anforderungsschein IGeL - PVS

Bitte mit schwarzem Stift so markieren:

Hormone	GOÄ Ziffer	EUR	Tumormarker	GOÄ Ziffer	EUR		GOÄ Ziffer	EUR
S <input type="checkbox"/> Androstendion	4036	20,40	S <input type="checkbox"/> AFP	3743	14,57	S <input type="checkbox"/> HSV-1/2 IgG-Ak	4384x2	27,98
S <input type="checkbox"/> AMH (Anti-Müller-Hormon)	4069	43,72	S <input type="checkbox"/> CA 125	3900	17,49	S <input type="checkbox"/> HSV-1/2 IgM-Ak	4394+	22,74
S <input type="checkbox"/> Cortisol	4020	14,57	S <input type="checkbox"/> CA 15-3	3901	26,23	S <input type="checkbox"/> Masernvirus-IgG-Ak	A3884	4385
S <input type="checkbox"/> DHEA (F)	4078+	53,62	S <input type="checkbox"/> CA 19-9	3902	17,49	S <input type="checkbox"/> Masernvirus-IgM-Ak	4385	13,99
S <input type="checkbox"/> DHEA-S	4079	53,62	S <input type="checkbox"/> CA 72-4	3904	26,23	S <input type="checkbox"/> Mumpsvirus IgG-Ak	4386+	22,74
S <input type="checkbox"/> E1 (F)	4038	20,40	S <input type="checkbox"/> CEA	3905	14,57	S <input type="checkbox"/> Mumpsvirus IgM-Ak	A3884	4386
S <input type="checkbox"/> E2	4062	27,98	S <input type="checkbox"/> hCG	4024	14,57	S <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 IgG-Ak	4397+	22,74
S <input type="checkbox"/> FSH	4039	20,40	S <input type="checkbox"/> PSA	3908	17,49	S <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 IgM-Ak	A3884	4389
S <input type="checkbox"/> hCG	4021	14,57	S* <input type="checkbox"/> TPS (TPA) (F)	3911	26,23	S <input type="checkbox"/> Rötelnvirus IgG-Ak	4389	13,99
S <input type="checkbox"/> LH	4024	14,57	<b>Osteoporosemarker</b>			S <input type="checkbox"/> Rötelnvirus IgM-Ak	4400	17,49
S <input type="checkbox"/> Progesteron	4026	14,57	S <input type="checkbox"/> Bone-AP(F)	4069	43,72	S <input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii (Screening)	4387	13,99
S <input type="checkbox"/> Prolaktin	4040	20,40	U <input type="checkbox"/> Pyridinolin/Desoxy-pyridinolin (F)	4078	33,22	S <input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii IgM-Ak	4398	17,49
S <input type="checkbox"/> SHBG	4041	20,40	(1. Morgenurin/lichtgeschützter Transport)			S <input type="checkbox"/> Treponemen-Ak (Suchtest)	4468	20,40
S* <input type="checkbox"/> (freies) Testosteron (F)	3765	26,23	S* <input type="checkbox"/> Osteocalcin (F)	4054	27,98	S <input type="checkbox"/> Varizella-Zoster-Virus IgG-Ak	4291	20,40
S <input type="checkbox"/> (gesamt) Testosteron	4042	20,40	EP <input type="checkbox"/> Parathormon (intakt) (F)	4056	27,98	S <input type="checkbox"/> Varizella-Zoster-Virus IgM-Ak	4388	13,99
S <input type="checkbox"/> TSH	4030	14,57	<b>Sonstige</b>			S <input type="checkbox"/> Varizella-Zoster-Virus IgM-Ak	4399+	22,74
S <input type="checkbox"/> fT3	4022	14,57	S <input type="checkbox"/> CRP	3741	11,66	<b>Erregernachweis</b>		
S <input type="checkbox"/> fT4	4023	14,57	S <input type="checkbox"/> DAO (F)	4069	43,72	DA <input type="checkbox"/> HPV-Abstrich ("high-,intermediate u. low-Risk"-Typen)(GOÄ 4785*2)		34,98
<b>Pränataldiagnostik</b>			S <input type="checkbox"/> Ferritin	3742	14,57	HA <input type="checkbox"/> HPV-Abstrich ("high-Risk-Typen") (GOÄ 4783)		29,14
S <input type="checkbox"/> sFlt-1/ PlGF-Quotient	4062x2	55,96	S <input type="checkbox"/> Homocystein	4062	27,98	DA <input type="checkbox"/> HPV-Abstrich ("low-Risk-Typen") (GOÄ 4785)		17,49
S <input type="checkbox"/> PAPP-A, freies β-HCG	4044+	34,97	S* <input type="checkbox"/> Melatonin (F)	4069	43,72	VA <input type="checkbox"/> Vaginalabstrich auf Streptokokken (GOÄ 4511, 4530)		11,07
S <input type="checkbox"/> PLGF	4033	34,97	S* <input type="checkbox"/> Serotonin (F)	4075+	53,62	<b>Darmkrebsvorsorge</b>		
<b>Vitamine / Spurenelemente</b>			<b>Infektionsserologie</b>			2xST <input type="checkbox"/> Immunologischer Stuhltest (F) (GOÄ A3571*4) <b>Zwei Proben (-röhrchen) aus einem Stuhl!</b>		34,96
S* <input type="checkbox"/> Vitamin A (F)	4141	20,98	S <input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi IgG-Ak	4286	20,40	ST <input type="checkbox"/> Immunologischer Stuhltest IFOBT/FIT (GOÄ A3747) <b>Stuhlrohrröhrchen von Fa.Mast!</b>		10,49
S* <input type="checkbox"/> Vitamin B12	4140	14,57	S <input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi IgM-Ak	4286	20,40	<b>EG = EDTA, groß EP = EDTA-Plasma S = Serum ST = Stuhlprobe U = Urin * = gefroren (F) Fremdversand</b>		
S <input type="checkbox"/> Vitamin C (F)	4078/79	53,62	S <input type="checkbox"/> CMV-IgG-Ak	4378	13,99	AA = aptima Abstrich AU = aptima Urinröhrchen CADB= copan Abstrich dunkelblau DA = HPV-Abstr. Digene HA = HPV-Abstr. Hologic VA = Vaginalabstrich		
S* <input type="checkbox"/> Vitamin D (25-OH-D3)	4138	27,98	S <input type="checkbox"/> CMV-IgM-Ak	4390	17,49			
S* <input type="checkbox"/> Vitamin D (1,25-(OH)2-D3) (F)	4139	43,72	AA <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis (PCR)	4783	29,14	00020130075		
S <input type="checkbox"/> Vitamin E (F)	4142	20,98	AU <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis (PCR)	4783	29,14			
S <input type="checkbox"/> Folsäure	4140	14,57	AA <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis + Gonokokken (PCR)	4783x2	58,28			
S <input type="checkbox"/> Magnesium	3621	2,33	AU <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis + Gonokokken (PCR)	4783x2	58,28			
S <input type="checkbox"/> Selen (F)	4134	23,90	S <input type="checkbox"/> EBV-AK (IgG-, IgM-Ak, EBNA)	4391x2+	62,96			
S <input type="checkbox"/> Zink	3723	11,66						
S <input type="checkbox"/> Eisen	3620	2,33	AA <input type="checkbox"/> Gonokokken (PCR)	4783	29,14			
<b>Immunhämatologie</b>			AU <input type="checkbox"/> Gonokokken (PCR)	4783	29,14			
EG <input type="checkbox"/> Blutgruppe + Rhesusformel + Antikörpersuchtest	3983+	40,80	S <input type="checkbox"/> Hepatitis A-Ak	4382	13,99			
	3988		S <input type="checkbox"/> HBs-Antigen	4381	13,99			
			S <input type="checkbox"/> HBs-Antikörper (z.B. Impfterkontrolle)	4389	13,99			
			S <input type="checkbox"/> HBc-Ak	4393	17,49			
			S <input type="checkbox"/> HCV-Ak	4406	23,31			
			S <input type="checkbox"/> HIV-1/2-Ak	4395	17,49			

# 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.

---

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.