

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

# Individuelle Gesundheitsleistungen



## Medizinisches Labor Rostock

Labormedizinisches Versorgungszentrum GbR  
Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Transfusionsmedizin und Mikrobiologie  
Südring 81 · 18059 Rostock  
Telefon: 03 81 / 70 22 100  
Fax: 03 81 / 70 22 109

Auftrag zur Durchführung von gewünschten Untersuchungen im Labor

Bei den unten fett dargestellten Anforderungen handelt es sich um Profile, deren Inhalt umseitig erläutert wird. Bitte auf Entnahme des richtigen Materials achten. Aus fachlichen Gründen kann es erforderlich sein, zusätzliche kostenpflichtige Untersuchungen durchzuführen.

Rechnung an Patient

Rechnung an: Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Datum der Probennahme

Uhrzeit der Probennahme

Datum Ultraschall

NT

SSL

SSW

Gewicht

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_mm

\_\_\_\_\_mm

\_\_\_\_\_+

\_\_\_\_\_kg

€	€	€	€
<b>Vorsorge / Risiko</b>	<b>Intrazelluläre Untersuchungen</b>	<b>Schwangerschaft</b>	<b>Stuhluntersuchungen</b>
<input type="checkbox"/> <b>Fettstoffwechsel</b> S 24,48	<input type="checkbox"/> Kalium H 1,75	<input type="checkbox"/> <b>Erst-Trimester-Test*</b> S 34,97	<input type="checkbox"/> Prolaktin S 13,60
<input type="checkbox"/> Lipoprotein (a) S 17,49	<input type="checkbox"/> Magnesium H 5,25	<input type="checkbox"/> Berechnung des Risikos 2,33	<input type="checkbox"/> SHBG S 17,49
<input type="checkbox"/> <b>Diabetes</b> E, U 22,73	<input type="checkbox"/> Selen H 23,90	<input type="checkbox"/> <b>Triple-Test*</b> S 43,71	<input type="checkbox"/> β-HCG S 14,57
<input type="checkbox"/> Homocystein N 33,22	<input type="checkbox"/> Zink H 5,25	<input type="checkbox"/> AFP (MOM 16./17. SSW) S 14,57	<input type="checkbox"/> Testosteron S 13,60
<input type="checkbox"/> CRP (hochsensitiv) S 11,66	<input type="checkbox"/> Vitamin B <sub>6</sub> H 33,22	<input type="checkbox"/> B-Streptokokken A 13,96	<input type="checkbox"/> TSH S 14,57
<b>Vitamine</b>	<input type="checkbox"/> Vitamin B <sub>1</sub> H 33,22	<input type="checkbox"/> Cytomegalievirus S 31,48	<b>Stuhluntersuchungen</b>
<input type="checkbox"/> Vitamin B <sub>12</sub> S 14,57	<input type="checkbox"/> Vitamin B <sub>2</sub> H 33,22	<input type="checkbox"/> Parvovirus S 31,48	<input type="checkbox"/> Pilze ST 21,56
<input type="checkbox"/> „Aktives“ Vit. B <sub>12</sub> (Holo-TC) S 14,57	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Varizella Zoster S 27,98	<input type="checkbox"/> Pankreas-Elastase ST 27,98
<input type="checkbox"/> Folsäure S 14,57	<b>Knochen / Zähne / Muskeln</b>	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose-Suchtest S 13,41	<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori ST 14,57
<input type="checkbox"/> Vitamin A S 20,98	<input type="checkbox"/> 25-OH-Vitamin D S 18,65	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose-IgM-AK bei pos. Suchtest S 20,40	<input type="checkbox"/> M2-Pyruvatkinase ST 26,23
<input type="checkbox"/> Vitamin B <sub>1</sub> E 33,22	<input type="checkbox"/> Calcium S 2,33	<b>Impfschutz / Urlaub</b>	<b>Sonstige Untersuchungen</b>
<input type="checkbox"/> Vitamin B <sub>2</sub> E 33,22	<input type="checkbox"/> Ostase (BAP) S 18,65	<input type="checkbox"/> Hepatitis A S 13,99	<input type="checkbox"/> Blutgruppe BG 31,48
<input type="checkbox"/> Vitamin B <sub>6</sub> S 33,22	<input type="checkbox"/> TRAP 5b S 27,98	<input type="checkbox"/> Hepatitis B vor Impfung S 31,48	<input type="checkbox"/> Borrelien-AK S 40,80
<input type="checkbox"/> 25-OH-Vitamin D S 18,65	<b>Alkohol / Nikotin</b>	<input type="checkbox"/> Hepatitis B nach Impfung S 13,99	<input type="checkbox"/> ggf. Bestätigungstest <sup>3</sup> S 46,63
<input type="checkbox"/> Vitamin E S 20,98	<input type="checkbox"/> Ethylglukuronid <sup>2</sup> U 22,69	<input type="checkbox"/> Tetanus S 17,49	<input type="checkbox"/> Faktor V Leiden* E 116,58
<input type="checkbox"/> Biotin (Vitamin H) S 13,60	<input type="checkbox"/> Gamma-GT S 2,33	<input type="checkbox"/> Diphtherie S 17,49	<input type="checkbox"/> Prothrombin-Mutation* E 116,58
<input type="checkbox"/> Ubichinon-10 (Q 10) S 33,22	<input type="checkbox"/> Cotinin U 52,46	<input type="checkbox"/> FSME S 13,99	<b>Zusätzliche Untersuchungen:</b>
<b>Spurenelemente</b>	<b>Für die Frau</b>	<input type="checkbox"/> Varizella Zoster S 13,99	_____
<input type="checkbox"/> Selen S 23,90	<input type="checkbox"/> <b>Klimakterium</b> S 28,17	<input type="checkbox"/> Pertussis S 20,40	_____
<input type="checkbox"/> Zink S 5,25	<input type="checkbox"/> <b>Hormonprofil</b> S 42,74	<input type="checkbox"/> Mumps S 13,99	_____
<input type="checkbox"/> Magnesium S 2,33	<input type="checkbox"/> <b>Haut, Haare, Nägel</b> S 71,89	<input type="checkbox"/> Masern S 13,99	_____
<input type="checkbox"/> Ferritin (Eisenspeicher) S 14,57	<input type="checkbox"/> <b>Akne, Hirsutismus</b> S 58,29	<b>Hormone</b>	_____
<b>Umweltbelastung</b>	<b>Für den Mann</b>	<input type="checkbox"/> Androstendion S 13,60	<b>Material:</b>
<input type="checkbox"/> Kupfer S 2,33	<input type="checkbox"/> <b>Hormonprofil</b> S 68,97	<input type="checkbox"/> Anti-Müller-Hormon (AMH) S 43,72	A - Abstrich N - NaF-Blut
<input type="checkbox"/> <b>Schwermetalle</b> E 52,47	<input type="checkbox"/> PSA S 17,49	<input type="checkbox"/> Cortisol S 14,57	BG - BG-Monovette S - Serum
<input type="checkbox"/> Blei E 23,90	<input type="checkbox"/> ggf. freies PSA S 17,49	<input type="checkbox"/> DHEA-S S 13,60	E - EDTA-Blut ST - Stuhl
<input type="checkbox"/> Quecksilber E 23,90	<input type="checkbox"/> Testosteron S 13,60	<input type="checkbox"/> freies T3 (fT3) S 14,57	H - Heparin-Blut U - Spontanurin
<input type="checkbox"/> Quecksilber U 23,90	<input type="checkbox"/> freies Testosteron S 39,83	<input type="checkbox"/> freies T4 (fT4) S 14,57	
<input type="checkbox"/> <b>Amalgam-Speicheltest</b> 47,80	<b>Infektion / Partnerschaft</b>	<input type="checkbox"/> FSH S 14,57	
<input type="checkbox"/> <b>Amalgam-Dimaval-Test</b> U 57,71	<input type="checkbox"/> Hepatitis B S 14,57	<input type="checkbox"/> LH S 14,57	
<b>Toxikologie</b>	<input type="checkbox"/> Hepatitis C S 23,31	<input type="checkbox"/> Östradiol S 13,60	
<input type="checkbox"/> Cannabinoide U 16,90	<input type="checkbox"/> HIV-AK S 17,49	<input type="checkbox"/> Progesteron S 13,60	
<input type="checkbox"/> Amphetamine U 16,90	<input type="checkbox"/> HIV 1-PCR E 128,23		
<input type="checkbox"/> Cocainmetabolite U 16,90	<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis (PCR) A 81,60		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae (PCR) A 81,60		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Humanes-Papilloma-Virus A 34,98		

### Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten:

#### Vereinbarung über die Inanspruchnahme einer privat-ärztlichen Behandlung

Diese Vereinbarung ist auf Wunsch des Patienten zustande gekommen. Entschlaggebend für die Entscheidung war, dass die gewünschte Behandlung nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist. Die Liquidation dieser Leistung(en) erfolgt nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte - GOÄ - . Es besteht gegenüber der Krankenkasse kein Anspruch auf Kostenerstattung, weder ganz noch teilweise. Die Kosten der Untersuchungen gemäß obiger Liste sind vom Patienten selbst zu tragen. Die ermittelten Labor-Ergebnisse werden dem beratenden Arzt zugestellt.

#### Weitergabe von Daten

Ich erkläre mein Einverständnis zur Weitergabe meiner erforderlichen personenbezogenen und medizinischen Daten an:  
I. die Ärzte bzw. ärztlichen Einrichtungen, die im Rahmen der medizinisch erforderlichen Behandlung zur weiteren Leistungserbringung eingeschaltet werden müssen.  
II. die ärztlich geleitete Verrechnungsstelle (PVS) für Erstellung und Einzug der privaten Honorarforderungen.

#### \* Genetische / vorgeburtliche Untersuchung

Patientin / Patient / gesetzlicher Vertreter: Mit meiner Unterschrift bestätige ich das Einverständnis mit der geplanten vorgeburtlichen bzw. humangenetischen Untersuchung  
**ODER**  
Verantwortlicher Arzt nach Gendiagnostikgesetz: Die Einwilligung der Patientin / des Patienten zur vorgeburtlichen bzw. humangenetischen Untersuchung liegt mir vor.

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Barcode hier aufkleben



320660030303



I - Anforderungsschein - IGeL

# Erläuterungen zu den Profilen

Bezeichnung	Material	Untersuchungen
Fettstoffwechsel	Serum	Gesamt-Cholesterol, LDL-Cholesterol, Triglyceride, Lipoprotein (a)
Diabetes	EDTA-Blut, Urin	HbA1c, Albumin und Kreatinin im Urin
Schwermetalle	EDTA-Blut	Blei, Cadmium, Kupfer, Quecksilber, Thallium
Amalgam-Speicheltest	Speichel (vor und nach)	Quecksilber
Amalgam-Dimaval-Test	Urin (vor und nach)	Urin 1: Zink, Kreatinin Urin 2: Quecksilber, Kupfer, Kreatinin
Erst-Trimester-Test	Serum	Bestimmung des PAPP-A und der freien $\beta$ -Kette des HCG zur statistischen Risikokalkulation bei Verdacht auf Trisomie 21 (incl. Berechnung)
Triple-Test	Serum	Bestimmung von AFP, $\beta$ -HCG und freiem Östriol zur statistischen Risikokalkulation bei Verdacht auf Neuralrohrdefekt, Trisomie 13, 18 und 21
Klimakterium	Serum	FSH, Östradiol
Hormonprofil Frau	Serum	LH, FSH, Östradiol
Haut, Haare, Nägel	Serum	Ferritin, TSH, Zink, Selen, Biotin (Vitamin H)
Akne, Hirsutismus	Serum	Androstendion, DHEA-S, SHBG, Testosteron
Hormonprofil Mann	Serum	LH, FSH, Testosteron (gesamt + frei), SHBG

\* **Genetische / vorgeburtliche Untersuchungen: Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten erforderlich.**

<sup>2</sup> **Bei einem positivem Testergebnis erfolgt die kostenpflichtige Bestätigung mit einer Zweitanalyse (52,46 €).**

<sup>3</sup> **Bei positivem oder fraglichem Suchtest ist zur Beurteilung des Infektionsstatus die Durchführung eines Immunoblots je auffälliger AK-Klasse erforderlich.**