

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Praxisstempel

Auftragsschein für Selbstzahlerleistungen

Bogen A
Stand 01.07.2019

Untersuchung erbeten	Preis/€
Infektionsserologie	
<input type="checkbox"/> Aufkleber für Mutterpass erwünscht	
<input type="checkbox"/> Herpes Simplex 1/2-Serologie	27,98
<input type="checkbox"/> Röteln (IgG)	13,99
<input type="checkbox"/> HIV	17,49
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose-Screening-Test (IgG)	20,40
<input type="checkbox"/> Varizella-Zoster-Virus (IgG)	13,99
<input type="checkbox"/> Parvo-Virus (IgG)	13,99
<input type="checkbox"/> Cytomegalie (IgG)	13,99
<input type="checkbox"/> Pertussis (IgG)	20,40
<input type="checkbox"/> Masern (IgG)	13,99
<input type="checkbox"/> Mumps (IgG)	13,99
<input type="checkbox"/> Hepatitis B-Impftiter	13,99
<input type="checkbox"/> Hepatitis C-Antikörper	23,31
<input type="checkbox"/> TPHA*	13,41
*ggf. höhere Untersuchungskosten	
Schwangerschaft	
<input type="checkbox"/> AFP-Test <small>(bitte zusätzliche Angaben ausfüllen!)</small>	14,57
<input type="checkbox"/> Ersttrimester-Screening <small>(bitte zusätzliche Angaben ausfüllen!)</small>	28,17
<input type="checkbox"/> β-HCG	14,57
Stuhltest	
<input type="checkbox"/> Immunologischer Stuhltest (iFOB-Test)	8,47

Untersuchung erbeten	Preis/€
Hormonanalysen	
<input type="checkbox"/> FSH	14,57
<input type="checkbox"/> E2	13,58
<input type="checkbox"/> LH	14,57
<input type="checkbox"/> Progesteron	13,58
<input type="checkbox"/> Testosteron gesamt	13,58
<input type="checkbox"/> DHEAS	13,58
<input type="checkbox"/> SHBG	17,49
<input type="checkbox"/> AMH	14,57
Vitamine und Mineralstoffe	
<input type="checkbox"/> Vitamin D3 (25-OH)	33,22
<input type="checkbox"/> Vitamin B12	14,57
<input type="checkbox"/> Folsäure	14,57
<input type="checkbox"/> Ferritin	14,57
Sonstiges	
<input type="checkbox"/> HPV-Cervi Collect (high+low-risk) <small>Einzelbestimmung von 30 HPV Genotypen</small>	58,29
<input type="checkbox"/> HPV-Cervi Collect (high-risk) <small>Bestimmung der Genotypen 16 und 18</small>	17,49
<input type="checkbox"/> B-Streptokokken-Screening OHNE Resistenztestung <small>Im negativen Fall (Kein Nachweis):</small>	18,64
<small>Im positiven Fall:</small>	25,63
<input type="checkbox"/> B-Streptokokken-Screening MIT Resistenztestung <small>Im negativen Fall (Kein Nachweis):</small>	18,64
<small>Im positiven Fall mit Resistenztestung</small>	40,20
<input type="checkbox"/> _____	

Klinische Angaben / Fragestellung

Abnahme-Datum: _____ Abnahme-Zeit: _____ SSW: _____ Zyklustag: _____

Angaben für AFP-Test:

Berechnungsfähig von SSW 13 + 0 bis 18 + 6 !!!

zusätzlich erforderliche Angaben für
Ersttrimester-Screening:

Berechnungsfähig von SSW 11+0 bis 13+6 !!!

Raucher: ja nein Anzahl d. Zigaretten: _____ / Tag
Gewicht: _____ kg Diabetes: ja nein
Anzahl der Feten: _____ Hautfarbe: weiß schwarz
SSW nach US: _____
CRL: _____ mm NT: _____ mm

Einwilligungserklärung für molekulargenetische Untersuchungen gemäß Gendiagnostikgesetz

Ich wurde aufgeklärt und bin mit der obigen Untersuchung sowie der dafür notwendigen Probenentnahme einverstanden.

Ort, Datum Unterschrift der Patientin

Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Als Mitglied der o.g. Krankenkasse möchte ich oben markierte Leistung(en) in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte(n) ärztliche(n) Leistung(en) in meinem Fall nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird/werden. Ich werde die Kosten entsprechend o.g. Aufstellung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 1996) selbst tragen.

Ort, Datum Unterschrift der Patientin