eurofins | MEDIZINISCHES LABOR Gelsenkirchen

Untersuchungsauftrag Gyn-IGEL

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Geschlecht: W M

Material											
☐ Abstrich	ABS	☐ Citrat-Blut / Plasma	C/CP	☐ EDTA groß	GED	☐ Serum gefr.	SEG	☐ Sammelurin 24h	SU
☐ Bronchiallavage	BAL	☐ EDTA-Blut / Plasma	E/ED	☐ Heparin-Blut	H	☐ Stuhl	St	☐ Sammelmenge:	
		☐ EDTA Plasma gefr.	EPG	☐ Serum	SE	☐ Urin	U	☐ Sonstiges	

☐ **IGEL (Selbstzahlerleistung)**

Tumormarker

☐ CEA	SE	14,57 €

Darmkrebsvorsorge

☐ Hämoglobin immunol.	St	10,49 €

Knochenstoffwechsel

☐ Ostase	SE	43,72 €
☐ Pyridinoline	U	33,22 €
☐ Vitamin D3	SE	18,65 €

Blutgruppenbestimmung

☐ Blutgruppe (ABO, RH, AKS)	GED	17,49 €

Infektionserkrankungen

☐ Chlam. trach. PCR ²	ABS	40,00 €
☐ Cytomegalie IgG	SE	13,99 €
☐ Hepatitis C-AK	SE	23,31 €
☐ HBs-AK (Immunschutz	SE	13,99 €
☐ HIV (I+II)-AK	SE	17,49 €
☐ Herpes simpl. IgG-AK	SE	13,99 €
☐ Parvovirus IgG	SE	16,90 €
☐ Toxoplasmose Suchte	SE	16,90 €
☐ Treponema AK-Screer	SE	13,41 €
☐ Varicella/Zoster IgG	SE	13,99 €

Vitalstoffe

☐ Vitamin B6	E	33,22 €
☐ Vitamin B12	SE	14,57 €
☐ Vitamin D3	SE	27,98 €
☐ Folsäure	SE	14,57 €
☐ Zink	SE	5,25 €

Hormone einzeln

☐ Androstendion	SE	13,60 €
☐ Anti-Müller-Hormon	SE	29,29 €
☐ Cortisol	SE	14,57 €
☐ DHEA-Sulfat	SE	13,60 €
☐ FSH	SE	14,57 €
☐ LH	SE	14,57 €
☐ Östradiol	SE	13,60 €
☐ Progesteron	SE	13,60 €
☐ 17-α-OH-Progesteron	SE	20,40 €
☐ Prolactin	SE	13,60 €
☐ SHBG	SE	26,23 €
☐ Testosteron	SE	13,60 €
☐ TSH	SE	14,57 €

Hormonprofile

☐ Hormonprofil gesamt (Östradiol, FSH, Testosteron, DHEAS, TSH, Prolaktin, LH)	98,39 €
☐ Hormonstatus (3.-5. ZT) (LH, FSH, E2, Prolaktin, Testosteron, DHEAS, Androstendion, TSH)	112,60 €
☐ Präovulatorisch (LH, E2)	28,24 €
☐ Lutealphase (Prolaktin, E2)	27,34 €
☐ Klimakterium (LH, FSH, E2)	42,81 €
☐ Haarausfall (FSH, Östradiol, Testosteron, DHEAS, TSH, Androstendion, Zink, Ferritin, Biotin)	124,62 €
☐ Hirsutismus (Testosteron, DHEAS, SHBG, TSH, Androstendion)	81,81 €

Schwangerschaft

☐ AFP	SE	14,57 €
☐ β-HCG	SE	14,57 €
☐ freies Östriol	SE	14,57 €

Ersttrimester

☐ Ersttrimester-Screening SSW 10+0 bis 14+0 (PAPP-A, HCG)	SE	42,52 €

Ersttrimester Präeklampsie

☐ Ersttrimester- (SSW 11+1 bis 13+6) / Präeklampsie-Screening (SSW 11+0 bis 13+6) (PAPP-A, HCG, PLGF)	SE	62,95 €

Zweittrimester

☐ Triple-Test SSW 14+0 bis 19+6 (AFP, HCG, Öst. fr.)	SE	43,71 €

Präeklampsie

☐ Präeklampsie SSW 18+0 bis 40+0 (PLGF, SFLT)	SE	87,44 €

Sonstige

☐ β-hämol. Streptokokken (im pos. Fall zusätzlich 33,22€)	ABS	14,57 €
☐ zusätzliche Untersuchungen:		

Ärztliche Leistungen

	(GOÄ-Ziffer, Faktor)	Euro
☐ Beratung einfach	1, 2,3-fach	10,72€
☐ Beratung ausführl.	3, 2,3-fach	20,11€
☐ Blutentnahme	250, 1,8-fach	4,20€
☐ Abstrich, mikrobiologisch	298, 2,3-fach	5,36€

Alternative Leistungen / andere Steigerungssätze

(Bitte GOÄ-Ziffer und Faktor angeben)

☐ _____
☐ _____
☐ _____
☐ _____
☐ _____
☐ _____
☐ _____
☐ _____
☐ _____
☐ _____
☐ _____
☐ _____

Mir ist bewusst, dass die gewünschte Leistung nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist. Der behandelnde Arzt und das Labor werden diese Leistungen daher privatärztlich nach GOAE liquiditieren. Diese sind von mir zu begleichen.

☐ Ich willige ein, dass alle zum Zweck der Rechnungsstellung erforderlichen Daten der Behandlung (z. B. Name, Adresse, Geburtsdatum, Diagnose) von der Eurofins MVZ Medizinisches Labor Gelsenkirchen GmbH an die privatärztliche Verrechnungsstelle PVS rhein-ruhr GmbH (Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim an der Ruhr) (PVS) übermittelt und die obige Rechnungsforderung der beteiligten Ärzte an die PVS zum Einzug abgetreten werden. Die Behandlung ist unabhängig von dieser Einwilligung, in diesem Fall erstellt das Labor die Rechnung selber.
Ich kann diese Einwilligung jederzeit gegenüber dem Labor oder der PVS mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, eine bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung bleibt hiervon unberührt.

Unterschrift des behandelnden Arztes / Praxisstempel

Ort - Datum - Unterschrift Patient/-in

Powered by Mediaform.de

Befundabfrage Tel. 02 09/15 86-120
Eurofins MVZ Labor Gelsenkirchen GmbH | Rotthauser Str. 19 | 45879 Gelsenkirchen
Tel. 0209/1586-0 | Fax 0209/1586-106 | www.GeLaMed.de | info@GeLaMed.de

¹ Einwilligungserklärung nach Gen-DG erforderlich! ² Spezialentnahmesystem anfordern

Stand: 07.07.2021

000090170040 0000