

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten, Patienten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Tel.: 0371 836501110
E-Mail: labor@diagnosticum.eu
Internet: www.diagnosticum.eu

Untersuchungsauftrag
für IGeL/ Integrative Gesundheitsleistungen

Auftragsnummer des Labors

Abnahmedatum

Abnahmezeit

T

T

M

M

J

J

h

h

m

m

☐ Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an

Telefon Nr.

Fax Nr.

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag



Geschlecht

☐

Rechnungslegung:

☐ Rechnung mit ärztlicher Leistung

☐ Rechnung ohne ärztliche Leistung

Stempel / Unterschrift Vertragspartner



Einverständnis- / Kostenübernahme-Erklärung: Ich erteile mein Einverständnis für die Durchführung der unten bzw. rückseitig genannten Untersuchungen, auch im Sinne des Gendiagnostik-Gesetzes vom 01.01.2010, bei mir oder meinem minderjährigen Kind. Über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft dieser Untersuchungen wurde ich von meinem Arzt hinreichend informiert. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung bis zum Zeitpunkt der Untersuchung jederzeit widerrufen kann. Mir ist ebenfalls bekannt, dass die angeforderten Untersuchungen nicht oder nur teilweise von meiner Krankenkasse erstattet werden. Ich bin einverstanden, dass verbleibende Materialien für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse oder Nachforderungen durch meinen Arzt bis auf Widerruf aufbewahrt werden (max. 1 Woche). Ich übernehme die Kosten für die in diesem Untersuchungsauftrag veranlassten Laboruntersuchungen. Ich bin einverstanden, dass meine Adresse an eine private Abrechnungsstelle weitergegeben wird. Für den Fall des Zahlungsverzuges stimme ich zu, dass meine Daten zum Zweck des Forderungseinzuges an Dritte übergehen. Ich wurde unterrichtet, dass die angegebenen Preise im Einzelfall durch Methodenumstellung des Labors oder der Weiterleitung an Versandlabore (Sonicverbund, GOÄ x F=1,15) abweichen und dadurch andere Kosten entstehen können.

Datum Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter) abweichende Rechnungsadresse

Ärztliche Leistungen				Befundung				Patientenstatus			
Faktor				☐ digital rektale Untersuchung				☐ Größe: _____ cm			
☐ Blutentnahme	Faktor	Euro	2,33	☐ Entnahme Abstrich		2,33		☐ Gewicht: _____ kg			
☐ Beratung		4,66		☐ Ultraschalluntersuchung		11,66		☐ Medikamente:			
☐ Beratung > 10 min		8,74		☐ Ultraschall (MuVo)		17,49		☐ Dosierung:			
☐ Untersuchung symptombezogen		4,66		☐ EKG		8,86		☐ Einnahme seit:			
☐ vollständige körperl. Unters.		9,33									
Profile Gesundheitsvorsorge											
☐ Erweiterter Gesundheitscheck:	ED,SE	26,81		☐ Fettstatus	Chol, Trig, HDL, LDL	SE	6,99	☐ Niere	kl. BB, Cystat. C, Kal., Krea., Harnstoff	SE, ED	21,57
kl.BB, Cholesterin, HDL, LDL, Trig, y-GT, HbA1c, Krea, GFR				☐ Leber	GOT, GPT, y-GT, AP, Bili ges., Bili dir.	SE	15,73	☐ Toxoplasmose-AK-Diagnostik		SE	20,40
☐ Eisenmangel	ED,SE	26,23		☐ Leber-,Galle-,Pankreas-Status	GOT, GPT, y-GT, α-Amyl, AP, Bili ges., CHE, Lip.	SE	21,55				
kl.BB, Eisen, Ferritin, Transferrin											
Allgemeinlabor											
☐ Albumin	SE	1,75		☐ Cystatin C		SE	11,66	☐ HDL-Cholesterin		SE	2,33
☐ Alkal.Phosphatase (AP)	SE	2,33		☐ Eisen		SE	2,33	☐ Holotranscobalamin		SE	27,98
☐ α-Amylase	SE	2,91		☐ Eiweiß, gesamt		SE	1,75	☐ Homocystein		SR	52,46
☐ Bilirubin, gesamt	SE	2,33		☐ Ferritin		SE	14,57	☐ Kalium		SE	1,75
☐ Blutbild, groß	ED	4,67		☐ Fibrinogen		CT	5,83	☐ Kreatinin		SE	2,33
☐ Blutbild, klein	ED	3,50		☐ Folsäure		SE	14,57	☐ LDH		SE	2,33
☐ C-Peptid	*SE	27,98		☐ Glucose		SE	2,33	☐ LDL-Cholesterin		SE	2,33
☐ Calcium	SE	2,33		☐ y-GT		SE	2,33	☐ Lipase		SE	2,91
☐ Chlorid	SE	1,75		☐ GOT / ASAT		SE	2,33	☐ Lipoprotein a		SE	17,49
☐ Cholesterin, gesamt	SE	2,33		☐ GPT / ALAT		SE	2,33	☐ Natrium		SE	1,75
☐ Cholinesterase (CHE)	SE	2,33		☐ Harnsäure		SE	2,33	☐ Transferrin		SE	5,83
☐ CK, gesamt	SE	2,33		☐ Harnstoff		SE	2,33	☐ Triglyceride		SE	2,33
☐ CRP, quantitativ	SE	11,66		☐ HbA1c		ED	11,66	☐ Quick		CT	2,91

Material: ED= EDTA-Blut, SE= Serum, SR= Spezialröhrchen

Bitte beachten Sie auch die Parameter auf der Rückseite →

Material: AB= Abstrichbesteck, EN=Entnahmebesteck, CP= Citrat-Plasma, ED= EDTA-Blut, EP= EDTA-Plasma, HA= Spontanurin, HE= Heparin-Blut, NaF= Natrium-Fluorid-Plasma, SE= Serum, SR= Spezialröhrchen, SRS= Spezialröhrchen Spurenelemente, ST= Stuhl ◆ = Einverständniserklärung, * = Material gefroren