

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

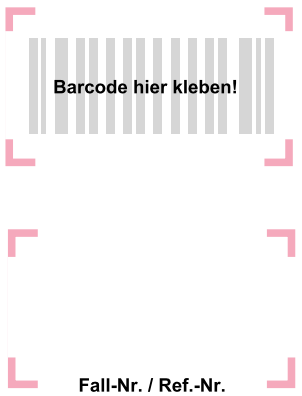
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Belegtyp 18

Neurale Antikörper

- Männlich Weiblich
- Fax: _____
- Befundkopie an Patient
- Nachanforderung
- Schwanger SSW / SST: W|W|T



Abnahmedatum Abnahmezeit

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

- Privat stationär Privat ambulant IGeL
- GKV stationär GKV ambulant **nur** mit Überweisungsschein Muster 10

Bitte beachten Sie die Hinweise zur Abrechnung auf der Rückseite.

Einsenderinformationen (Name, Adresse, etc.)	Weitere Anforderungen

Patienteninformationen

Enzephalitis Kognitive / psychische Störungen Polyneuropathie

Epilepsie Kleinhirndegeneration Andere: _____

Schlafstörung Demyelinisierende Erkrankungen

Klinische Angaben / Diagnose _____

Datum Erkrankungsbeginn

--	--	--	--	--	--	--	--

Autoimmunenkephaliden / Kleinhirndegeneration / Übererregbarkeitssyndrom (z. B. Stiff-man, Neuromyotonie) / Schlafstörungen

S-L	S	L	<input type="checkbox"/>	Standardprogramm inkl. Titration positiver Befunde bei Oberflächen- und GAD-AK
Serum-Liquor	Serum	Liquor	<input type="checkbox"/>	- Neurale Antikörper (Hu, Ma2/Ta, Ri, Yo, SOX1, CV2, DNER/Tr, Zic4) / Amphiphysin, Recoverin, Titin (Immunblot)
			<input type="checkbox"/>	- Indirekte Immunfluoreszenz (IFT) auf Maushirn (Neuropil, onkoneurale AK, ANNA3, Purkinje-Zell-AK, GAD65)
			<input type="checkbox"/>	- LGI1, CASPR2, NMDAR, GlyR, IgLON5, AMPAR2, GABABR, GAD65, DPPX, mGluR5 (zellbasierter Assay)
			<input type="checkbox"/>	- VGCC (spannungsabhängige Kalium-Kanäle)-Komplex-AK (RIA)
S-L	S	L	<input type="checkbox"/>	Klassische onkoneurale Antikörper und andere Antikörper gegen intrazelluläre Antigene
Serum	Serum	Liquor	<input type="checkbox"/>	- Neurale Antikörper (Hu, Ma2/Ta, Ri, Yo, SOX1, CV2, DNER/Tr, Zic4) / Amphiphysin, Recoverin, Titin (Immunblot)
			<input type="checkbox"/>	Falls Immunblot positiv:
			<input type="checkbox"/>	- Indirekte Immunfluoreszenz (IFT) auf Maushirn

Ergänzung Hirnstammencephalitis	Ergänzung Kleinhirndegeneration
S	S
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GQ1b, GM1, GD1b AK IgG, IgM (Immunblot)	VGCC (spannungsabhängige Calcium-Kanäle)-AK (RIA)
S-L	S-L
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Seltene Purkinje-Zell-AK (IFT)
S-L	S-L
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	mGluR1-AK (zellbasierter Assay)

Anti-NMDAR-Enzephalitis / Autoimmune Post-Herpes-Enzephalitis	Demyelinisierende Erkrankungen (z. B. NMOSD, ADEM)
S-L	S
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Aquaporin 4-AK (zellbasierter Assay)
S-L	S-L
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NMDAR-AK (zellbasierter Assay)	MOG-AK (live-cell-Assay)
S-L	S-L
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CXCL13 (ELISA)	NMDAR-AK (zellbasierter Assay)

Polyneuropathie / Immunneuropathie / neuropathischer Schmerz	Myasthene Syndrome (Myasthenia gravis, Lambert-Eaton-Syndrom)
S	S
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GQ1b, GM1, GM2, GM3, GD1a, GD1b, GT1b AK IgG, IgM (Immunblot)	AChR (Muskuläre nikotische Acetylcholinrezeptor)-AK (RIA)
S	S
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAG-AK IgM (IFT peripherer Nerv und Affenhirn, Immunblot)	MuSK-AK (RIA)
S	S
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klass. onkon. AK u.a. intrazell. AK Hu, SOX1, CV2, Amphiphysin, Ma2/Ta (Immunblot)	Titin-AK (Immunblot)
S	S
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls Immunblot positiv: Indirekte Immunfluoreszenz (IFT) auf Maushirn	VGCC (spannungsabhängige Calcium-Kanäle)-AK (RIA)
S	S
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LGI1-AK, CASPR2-AK (zellbasierter Assay)	SOX1-AK (Immunblot)

Autonome Gangliopathie

S

Ganglionäre nikotische Acetylcholinrezeptor-AK (RIA)

Verlaufskontrolle bekannter Antikörper

S-L	S	L	<input type="checkbox"/>	Bekannte Antikörper:
			<input type="checkbox"/>	_____

Auftragsnr. Vorbefund:
(wenn bekannt)

Ort, Datum, Unterschrift des Einsenders

HINWEIS: Die Untersuchung eines Serum-Liquor-Paares bietet die höchste diagnostische Sicherheit und Aussagekraft.

Bitte schicken Sie den Auftrag an:

MVZ Labor Krone GbR | Siemensstraße 40 | 32105 Bad Salzufflen | Tel.: +49 5222 8076-259 | Fax: +49 5222 8076-39259



0051 0018 08

Erläuterungen zum Beleg

Achten Sie darauf, auf dem Belegtyp 18 das Feld »Einsenderinformationen« mit Ihrem Praxisstempel zu versehen und sowohl auf dem Schein als auch auf der Probe den Patientennamen zu vermerken. Einsender, die bereits mit dem Barcodeheft des Labor Krone arbeiten, können dies wie gewohnt nutzen.

Weitere Anforderungsbelege schicken wir Ihnen auf Wunsch zu: +49 5222 8076 259

Abrechnungsarten

Privat ambulant	Abrechnung nach GOÄ für Privatversicherte. Rechnung erfolgt an den/die Patient/-in
Privat stationär	Abrechnung nach GOÄ für Privatversicherte. Rechnung erfolgt an den/die Patient/-in
IGeL – Rechnung an Patient/-in	Abrechnung nach GOÄ für GKV-Versicherte. Rechnung erfolgt an den/die Patient/-in
Gesetzlich versichert – stationär	Abrechnung nach GOÄ für GKV-Versicherte. Rechnung erfolgt an den Einsender
Gesetzlich versichert – ambulant	Abrechnung nach EBM für GKV-Versicherte. Bitte Anforderung mit Überweisungsschein Muster10

IGeL

Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (IGeL)

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich die umseitig angeforderte(n), privatärztliche(n) Laboranalyse(n) 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 (Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ – Stand: 01.04.2005) selbst tragen.

Gleiches gilt für die bei meinem behandelnden Arzt anfallenden Kosten. Mir ist ferner bekannt, dass für meine Krankenkasse keine Verpflichtung besteht, die Kosten ganz oder anteilig zu übernehmen.

IGeL (Rechnung an Patient/-in) Datum / Unterschrift des/der Patienten/-in: _____

Sprechstunde neurale Antikörper

Dr. med. Corinna Bien / Prof. Dr. med. Christian Bien

Montags bis freitags 11.00 Uhr bis 12.00 Uhr

Tel.: +49 5222 8076 300