

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

Belegtyp 6

- Männlich Weiblich
 Fax Telefon
 Befundkopie an Patient
 Nachanforderung



Schwanger SSW / SST: W|W|T

Abnahmedatum:
 Abnahmezeit:

- Privat - Rechn. an Patient/-in
 IGeL - Rechn. an Patient/-in
 IGeL mit Factoring - Rechn. an Patient/-in
 Arbeitsmedizin
 BG
 Studie

(Immun-)Hämatologie	Klinische Chemie	Infektionsserologie	Weitere Angaben
<input type="checkbox"/> AK-Suchtest (Serum) <input type="checkbox"/> Blutgruppe (AB0, Rh, AK) <input type="checkbox"/> Blutbild, groß <input type="checkbox"/> Blutbild, klein <input type="checkbox"/> Blutsenkung <input type="checkbox"/> Hb A1c <input type="checkbox"/> Hb Elektrophorese EDTA-Blut <input type="checkbox"/> Gerinnung <input type="checkbox"/> D-Dimere <input type="checkbox"/> Fibrinogen <input type="checkbox"/> Quick/ INR <input type="checkbox"/> Thrombinzeit <input type="checkbox"/> PTT CITRAT-Blut <input type="checkbox"/> Tumormarker <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> β-HCG <input type="checkbox"/> CA 125 <input type="checkbox"/> CA 15-3 <input type="checkbox"/> CA 19-9 <input type="checkbox"/> Calcitonin <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> Chromogr. A <input type="checkbox"/> CYFRA <input type="checkbox"/> NSE <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> PSA, frei <input type="checkbox"/> S-100 <input type="checkbox"/> SCC <input type="checkbox"/> TPA <input type="checkbox"/> Thyreoglobulin SERUM <input type="checkbox"/> Endokrinologie <input type="checkbox"/> 17-β-Ostradiol (E2) <input type="checkbox"/> 17-OH-Progesteron <input type="checkbox"/> Aldosteron <input type="checkbox"/> Renin (gef. EDTA-Plasma) <input type="checkbox"/> Androstendion <input type="checkbox"/> Anti-Müller-Hormon <input type="checkbox"/> β-HCG <input type="checkbox"/> Cortisol <input type="checkbox"/> C-Peptid <input type="checkbox"/> DHEA-S <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> IGF-1 (Somatomedin C) <input type="checkbox"/> IGFBP-3 <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> HOMA (+NaF) <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> Östron <input type="checkbox"/> Progesteron <input type="checkbox"/> Prolaktin <input type="checkbox"/> PTH, intakt <input type="checkbox"/> STH (hGH) <input type="checkbox"/> SHBG <input type="checkbox"/> Testosteron, ges. <input type="checkbox"/> FT3 <input type="checkbox"/> FT4 <input type="checkbox"/> TSH SERUM <input type="checkbox"/> (Auto-)Immundiagnostik <input type="checkbox"/> Anti-Strep.-DNaseB <input type="checkbox"/> AST/ ASL <input type="checkbox"/> MAK (Anti-TPO) <input type="checkbox"/> TAK (Thyreogl.-AK) <input type="checkbox"/> TRAK (TSH-Rezeptor-AK) <input type="checkbox"/> Rheumafaktor SERUM <input type="checkbox"/> α-1-Antitrypsin <input type="checkbox"/> β-2-Mikroglobulin <input type="checkbox"/> ACE <input type="checkbox"/> Albumin <input type="checkbox"/> Alk. Phosph. (AP) <input type="checkbox"/> Amylase <input type="checkbox"/> Bilirubin <input type="checkbox"/> Bili., direkt <input type="checkbox"/> C1 Est. Inhibitor Protein <input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> C4 <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Chlorid <input type="checkbox"/> Cholesterin <input type="checkbox"/> Cholesterin HDL } +Trig. <input type="checkbox"/> Cholesterin LDL } <input type="checkbox"/> Cholinesterase <input type="checkbox"/> CK <input type="checkbox"/> CK-MB Masse <input type="checkbox"/> Coeruloplasmin <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> CRP, ultrasensitiv <input type="checkbox"/> Cystatin C <input type="checkbox"/> Eisen <input type="checkbox"/> Eiweißelektrophorese <input type="checkbox"/> Eiweiß, gesamt <input type="checkbox"/> Ferritin <input type="checkbox"/> Ferr. Index <input type="checkbox"/> Folsäure <input type="checkbox"/> GLDH <input type="checkbox"/> Glukose (NaF) <input type="checkbox"/> Gamma-GT <input type="checkbox"/> GOT (ASAT) <input type="checkbox"/> GPT (ALAT) <input type="checkbox"/> Haptoglobin <input type="checkbox"/> HBDH <input type="checkbox"/> Harnsäure <input type="checkbox"/> Harnstoff <input type="checkbox"/> + Krea. <input type="checkbox"/> Homocystein (NaF) <input type="checkbox"/> IgE <input type="checkbox"/> +RAST (Belegtyp 6) <input type="checkbox"/> IgA <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> Immundefixation <input type="checkbox"/> Kappa/ Lambda, frei <input type="checkbox"/> Kappa/ Lambda, gesamt <input type="checkbox"/> Kalium <input type="checkbox"/> Kreatinin <input type="checkbox"/> Krea.,enzym. <input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> Lipase <input type="checkbox"/> Lp(a) <input type="checkbox"/> Lithium <input type="checkbox"/> Magnesium <input type="checkbox"/> Natrium <input type="checkbox"/> Phosphat <input type="checkbox"/> Pro BNP <input type="checkbox"/> Procalcitonin <input type="checkbox"/> Transferrin <input type="checkbox"/> Transferrinsättigung <input type="checkbox"/> Transferrin-Rez. lösl. <input type="checkbox"/> Triglyceride <input type="checkbox"/> Troponin I, high sens. <input type="checkbox"/> Vitamin B12 <input type="checkbox"/> Vitamin D3 (25-OH)	<input type="checkbox"/> Immunschutz (?) <input type="checkbox"/> Adenoviren <input type="checkbox"/> Bartonella henselae <input type="checkbox"/> Borrelien <input type="checkbox"/> Brucellen <input type="checkbox"/> Campylobacter <input type="checkbox"/> Candida <input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Cytomegalie (CMV) <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> EBV (Mononucleose) <input type="checkbox"/> Enteroviren <input type="checkbox"/> Hantavirus <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Anti-HBc <input type="checkbox"/> Anti-HBe <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> HBs-Ag <input type="checkbox"/> HBe-Ag <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Hepatitis D <input type="checkbox"/> Hepatitis E <input type="checkbox"/> Herpes simplex (1/2) <input type="checkbox"/> HIV (1/2, p24) <input type="checkbox"/> Influenza (A/B) <input type="checkbox"/> Leptosiren <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae <input type="checkbox"/> Parainfluenza <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 <input type="checkbox"/> Pertussis <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Salmonellen <input type="checkbox"/> Syphilis (Lues) <input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Varizella-Zoster (VZV) <input type="checkbox"/> Yersinien SERUM <input type="checkbox"/> QuantIFERON-TB Gold inkubiert <input type="checkbox"/> QuantIFERON-TB Gold nicht inkubiert 	<input type="checkbox"/> Diagnose(n): <input type="checkbox"/> Weitere Anforderungen: <input type="checkbox"/> Unterschrift des Veranlassers / ggf. Stempel Humangenetik (Einverständniserklärung zwingend erforderlich) <input type="checkbox"/> Faktor II - Mutation (Prothrombin) <input type="checkbox"/> Faktor V - Mutation (Leiden) <input type="checkbox"/> Fruktose-Intoleranz <input type="checkbox"/> Laktose-Intoleranz <input type="checkbox"/> MTHFR <input type="checkbox"/> PAI 4G/5G <input type="checkbox"/> Hämochromatose (HFE) <input type="checkbox"/> HLA-A <input type="checkbox"/> HLA-B <input type="checkbox"/> HLA-B27 <input type="checkbox"/> HLA-C <input type="checkbox"/> HLA-B5701 <input type="checkbox"/> HLA-DR <input type="checkbox"/> HLA-DQ PCR Infektionserreger <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis PCR <input type="checkbox"/> Chlamydia trachom. PCR <input type="checkbox"/> Cytomegalie (CMV) quant. PCR <input type="checkbox"/> Epstein Barr (EBV) quant. PCR <input type="checkbox"/> Gonokokken PCR <input type="checkbox"/> Hepatitis B quant. PCR <input type="checkbox"/> Hepatitis B Genotyp./Res. PCR <input type="checkbox"/> Hepatitis C quant. PCR <input type="checkbox"/> Hepatitis C Genotyp. PCR <input type="checkbox"/> HIV quant. PCR <input type="checkbox"/> HIV Resistenz PCR <input type="checkbox"/> HPV (high-risk) PCR <input type="checkbox"/> Herpes simplex (HSV) Typ 1 PCR <input type="checkbox"/> Herpes simplex (HSV) Typ 2 PCR <input type="checkbox"/> Influenza A/B PCR <input type="checkbox"/> JC-Virus PCR <input type="checkbox"/> BK-Virus PCR <input type="checkbox"/> Legionella pneumophila PCR <input type="checkbox"/> MRSA Schnelltest PCR <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium PCR <input type="checkbox"/> Mycoplasma hominis PCR <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae PCR <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 PCR <input type="checkbox"/> RespiFinder PCR <input type="checkbox"/> RSV PCR <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis PCR <input type="checkbox"/> Ureaplasma urealyticum PCR <input type="checkbox"/> Varizella-Zoster (VZV) PCR Arzneimittel <input type="checkbox"/> Amisulprid <input type="checkbox"/> Nortrien <input type="checkbox"/> Carbamazepin <input type="checkbox"/> Olanzapin <input type="checkbox"/> Clozapin <input type="checkbox"/> Phenytoin <input type="checkbox"/> Duloxetine <input type="checkbox"/> Pregabalin <input type="checkbox"/> Flupentixol <input type="checkbox"/> Risperidon <input type="checkbox"/> Lamotrigin <input type="checkbox"/> Theophyllin <input type="checkbox"/> Levetiracetam <input type="checkbox"/> Venlafaxin Drogen <input type="checkbox"/> CDT <input type="checkbox"/> Ethanol <input type="checkbox"/> Ethylglucuronid im Serum <input type="checkbox"/> Ethylglucuronid im Urin (Urin) Urindiagnostik <input type="checkbox"/> Albumin <input type="checkbox"/> Eiweiß <input type="checkbox"/> Eiweißdifferenzierung <input type="checkbox"/> Immundefixation <input type="checkbox"/> Kappa/ Lambda, frei <input type="checkbox"/> Urinstatus Individuelle Profile <input type="checkbox"/> Profil 1 <input type="checkbox"/> Profil 9 <input type="checkbox"/> Profil 2 <input type="checkbox"/> Profil 10 <input type="checkbox"/> Profil 3 <input type="checkbox"/> Profil 11 <input type="checkbox"/> Profil 4 <input type="checkbox"/> Profil 12 <input type="checkbox"/> Profil 5 <input type="checkbox"/> Profil 13 <input type="checkbox"/> Profil 6 <input type="checkbox"/> Profil 14 <input type="checkbox"/> Profil 7 <input type="checkbox"/> Profil 15 <input type="checkbox"/> Profil 8 <input type="checkbox"/> Profil 16	

Erläuterungen zum Beleg

Dieses Anforderungsformular bitte vollständig ausfüllen und wie die Proben mit dem Auftragsbarcode aus Ihrem Barcodeheft kleben. Sofern Sie weitere Anlagen (z.B. Vorbefunde, Fragebögen etc.) übersenden möchten, sollten auch diese mit dem Auftragsbarcode des Patienten versehen sein. Bitte keine Kopien verwenden.

Weitere Anforderungsbelege schicken wir Ihnen auf Wunsch zu:

KV:		Nicht-KV:
<ul style="list-style-type: none"> Belegtyp 3: Kombischein Belegtyp 8: Allergie 		<ul style="list-style-type: none"> Belegtyp 4: Toxikologie, MPU-Untersuchungen Belegtyp 6: Klinische Chemie, Molekularbiologie, Serologie Belegtyp 7: Mikrobiologie
<input checked="" type="checkbox"/>	Schwanger Schwangerschaftswoche / Schwangerschaftstag	Mutterpass-Etikett wird nur gedruckt wenn dieses Feld markiert ist Normbereich in Abhängigkeit von der SSW / SST (bitte unbedingt angeben)
<input checked="" type="checkbox"/>	AFP	Bei AFP in der Schwangerschaft ist zur Berechnung des AFP MoM die Angabe des Körpergewichtes, der abgeschlossenen SSW und die exakte Tagesangabe erforderlich
<input checked="" type="checkbox"/>	Eiweißdifferenzierung	Eiweiß, IgG, Transferrin, Albumin, α-1-Mikroglobulin
<input checked="" type="checkbox"/>	FAI (Androgen Index)	Testosteron (nmol/l) x 100 / SHBG (nmol/l)
<input checked="" type="checkbox"/>	Ferritin-Index	Transferrin-Rez.lösl. / log(Ferritin)
<input checked="" type="checkbox"/>	Hepatitis A, B, C / HIV / Syphilis	Folgeverfahren wenn reaktiv
<input checked="" type="checkbox"/>	HOMA	Insulinresistenz: Insulin (mU/l) x Glukose (mmol/l) (NaF) / 22,5
<input checked="" type="checkbox"/>	IgE	Wenn erhöht ggf. weitere Anforderungen auf Belegtyp8 (Allergie)
<input checked="" type="checkbox"/>	+ RAST	Bitte Belegtyp 8 mitschicken und mit dem gleichen Auftragsbarcode versehen.
<input checked="" type="checkbox"/>	Immundefixation im Urin	Immundefixation inkl. quant. Eiweiß, IgA, IgG, IgM, Kappa ges., Lambda ges.
<input checked="" type="checkbox"/>	Immundefixation im Serum	Immuntypisierung inkl. quant. IgA, IgG, IgM, Kappa ges., Lambda ges.
<input checked="" type="checkbox"/>	Immunschutz ?	Nur IgG der angeforderten Erregertypen
<input checked="" type="checkbox"/>	Transferrinsättigung	Eisen / Transferrin x 70,9
<input checked="" type="checkbox"/>	Toxoplasmose	Folgeverfahren wenn IgM positiv

PCR Infektionserreger (separates Material erforderlich!)

Zur Untersuchung auf die genannten Erreger bitten wir um Einsendung folgender Materialien

Bordetella pertussis	Abstrich	Influenza A/B	Abstrich
Chlamydia trachomatis	Abstrich / Urin	JC-Virus / BK-Virus	EDTA / Serum / Urin
Cytomegalie (CMV) (quant.)	EDTA / Serum / Liquor / Urin	Legionella pneumophila	BAL / Sputum / Trachealsekret / Urin
Epstein Barr (EBV) (quant.)	EDTA / Serum / Liquor	MRSA	Abstrich
Gonokokken	Abstrich / Urin	Mycoplasma genitalium	Abstrich / Urin Neugeborene: Magensaft / Trachealsekret
HBV (quant.)	EDTA / Serum	Mycoplasma hominis	Abstrich / Urin Neugeborene: Magensaft / Trachealsekret
HBV-Genotyp./Res.	EDTA / Serum	Mycoplasma pneumoniae	Abstrich / BAL / Trachealsekret
HCV (quant.)	EDTA / Serum	Parvovirus B19	EDTA / Serum
HCV-Genotyp.	EDTA / Serum	RespiFinder	Materialien aus Respirationstrakt
HIV (quant.)	EDTA / Serum	RSV (Respiratory-Syncytial-Virus)	BAL / Trachealsekret
HIV-Resistenz	EDTA / Serum	Trichomonas vaginalis	Abstrich / Urin
HPV (high-risk)	Abstrich / Urin	Ureaplasma urealyticum	Abstrich / Urin Neugeborene: Magensaft / Trachealsekret
Herpes simplex (HSV) Typ 1/2	Abstrich / EDTA / Liquor / Serum	Varizella-Zoster (VZV)	EDTA / Liquor / Serum

Individuelle Profile

In den individuellen Profilen können Sie die von Ihnen benötigten Anforderungskombinationen hinterlegen lassen.

Die Aufschlüsselung Ihrer Profile für den jeweiligen Belegtyp erhalten Sie auf unserer laminierten Profilkarte. Bei Änderungswünschen bezüglich der Profile senden Sie uns bitte ein Fax, unter Angabe Ihrer Praxisnummer (die ersten sechs Stellen Ihres Barcodes), an unsere Servicenummer 0800 7243624. Die Profile werden innerhalb eines Werktages bearbeitet und Sie erhalten daraufhin eine aktualisierte laminierte Profilkarte, die ab diesem Zeitpunkt für Sie gültig ist.

Abrechnungsarten

Privat – Rechnung an Patient/-in	Abrechnung nach GOÄ für Privatversicherte. Rechnung erfolgt an den Patienten/-in.
IGeL – Rechnung an Patient/-in	Abrechnung nach GOÄ für GKV-Versicherte. Rechnung erfolgt an den Patienten/-in.
IGeL mit Factoring Rechnung an Patient/-in Arbeitsmedizin	Abrechnung nach GOÄ für GKV-Versicherte. Rechnung erfolgt an den Patienten/-in inklusive ärztlicher Leistung, die durch den behandelnden Arzt / die behandelnde Ärztin erbracht wurden. Siehe Factoring-Beleg. Für betriebsmedizinische Untersuchungen.
BG	Abrechnung über Berufsgenossenschaft.
Studie	Kontrakt für Studien, Evaluationen etc. Eine spezielle Vereinbarung ist erforderlich.

IGeL / IGeL mit Factoring

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

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich umseitig angeforderte, privatärztliche 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 entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte 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.

Bei IGeL mit Factoring muss zwingend der Factoring-Beleg, mit dem **gleichen** Auftragsbarcode versehen, mitgeschickt werden.

IGeL (Rechnung an Patient/-in)

Datum / Unterschrift des/der Patienten/-in:
