

Laborauftrag

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) bakterielle Vaginose Multiplex PCR 115



9900046100



Name, Vorname geb. am

Rechnung an Patient/in (Bitte vollständige Adresse)

Praxisstempel

Unterschrift Ärztin/Arzt

Die Untersuchungen werden ausschließlich von einem LADR-Labor erbracht und können nur aus dem mitgesandten Probenmaterial durchgeführt werden.

Bei zusätzlicher Anforderung von Kassenleistungen sind Überweisungsschein Muster 10 und separates Probenmaterial bzw. Röhrchen unbedingt erforderlich.

Probenahme-Datum Uhrzeit

Gewicht Körperlänge SSW + d

kg cm +

weiblich

Entnahmestort des Abstrichs

vaginal/zervikal

bakterielle Vaginose Multiplex PCR pro Material

Mat. €

- Gardnerella vaginalis (quantitativ)
- Lactobacillus spp. (quantitativ)
- Bacterial vaginosis-associated bacteria 2 (qualitativ)
- Fannyhessea (Atopobium) vaginae spp. (quantitativ)
- Bacteroides fragilis (qualitativ)
- Megasphaera Type 1 (qualitativ)
- Mobiluncus spp. (qualitativ)

AB 113,96

Leistungen in Ihrer Praxis

€

- Beratung < 10 min 1,0 GOÄ 4,66
- Beratung < 10 min 2,3 GOÄ 10,72
- Beratung > 10 min 1,0 GOÄ 8,74
- Beratung > 10 min 2,3 GOÄ 20,11
- Abstrich, microb. Unters. 1,0 GOÄ 2,33
- Abstrich, microb. Unters. 2,3 GOÄ 5,36

Sonstige Untersuchungen

Symbole & Abkürzungen:

AB Abstrich

Nach ärztlicher Aufklärung über deren medizinische Bedeutung wünsche ich die private Behandlung durch die oben gekennzeichneten außervertraglichen Leitungen zu den auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechneten Preisen. Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zum Leistungskatalog meiner Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten auch nicht übernommen oder erstattet werden.

Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an das mit der Durchführung der Analysen beauftragte Labor. Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis zur Liquidation dieser Leistungen durch die PVS Südwest GmbH (PVS). Die dazu erforderlichen Daten dürfen an die PVS weitergeleitet und die Rechnungsformung an die PVS zum Einzug abgetreten werden, siehe besondere Einverständniserklärung der PVS. **Die ermittelten Laboregebnisse werden dem behandelnden Arzt zugestellt.**

Einverständniserklärung Patient/in

Datum / Unterschrift

Laborauftrag

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) bakterielle Vaginose Multiplex PCR 115



9900046100



Name, Vorname geb. am

Rechnung an Patient/in (Bitte vollständige Adresse)

Praxisstempel

Unterschrift Ärztin/Arzt

Die Untersuchungen werden ausschließlich von einem LADR-Labor erbracht und können nur aus dem mitgesandten Probenmaterial durchgeführt werden.

Bei zusätzlicher Anforderung von Kassenleistungen sind Überweisungsschein Muster 10 und separates Probenmaterial bzw. Röhrchen unbedingt erforderlich.

Probenahme-Datum Uhrzeit

Gewicht Körperlänge SSW + d

kg cm +

weiblich

Entnahmekort des Abstrichs

vaginal/zervikal

bakterielle Vaginose Multiplex PCR pro Material

- Gardnerella vaginalis (quantitativ)
- Lactobacillus spp. (quantitativ)
- Bacterial vaginosis-associated bacteria 2 (qualitativ)
- Fannyhessea (Atopobium) vaginae spp. (quantitativ)
- Bacteroides fragilis (qualitativ)
- Megasphaera Type 1 (qualitativ)
- Mobiluncus spp. (qualitativ)

Mat. €

AB 113,96

Leistungen in Ihrer Praxis

- Beratung < 10 min 1,0 GOÄ 4,66
- Beratung < 10 min 2,3 GOÄ 10,72
- Beratung > 10 min 1,0 GOÄ 8,74
- Beratung > 10 min 2,3 GOÄ 20,11
- Abstrich, microb. Unters. 1,0 GOÄ 2,33
- Abstrich, microb. Unters. 2,3 GOÄ 5,36

€

Sonstige Untersuchungen

Symbole & Abkürzungen:

AB Abstrich

Nach ärztlicher Aufklärung über deren medizinische Bedeutung wünsche ich die private Behandlung durch die oben gekennzeichneten außervertraglichen Leitungen zu den auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechneten Preisen. Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zum Leistungskatalog meiner Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten auch nicht übernommen oder erstattet werden.

Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an das mit der Durchführung der Analysen beauftragte Labor. Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis zur Liquidation dieser Leistungen durch die PVS Südwest GmbH (PVS). Die dazu erforderlichen Daten dürfen an die PVS weitergeleitet und die Rechnungsformung an die PVS zum Einzug abgetreten werden, siehe besondere Einverständniserklärung der PVS. **Die ermittelten Laboregebnisse werden dem behandelnden Arzt zugestellt.**

Einverständniserklärung Patient/in

Datum / Unterschrift

Kopie • Patient/in

MUSTER

Laborauftrag

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) bakterielle Vaginose Multiplex PCR 115



9900046100



Name, Vorname geb. am

Rechnung an Patient/in (Bitte vollständige Adresse)

Praxisstempel

Unterschrift Ärztin/Arzt

Die Untersuchungen werden ausschließlich von einem LADR-Labor erbracht und können nur aus dem mitgesandten Probenmaterial durchgeführt werden.

Bei zusätzlicher Anforderung von Kassenleistungen sind Überweisungsschein Muster 10 und separates Probenmaterial bzw. Röhrchen unbedingt erforderlich.

Probenahme-Datum Uhrzeit

Gewicht Körperlänge SSW + d

kg cm +

weiblich

Entnahmestort des Abstrichs

vaginal/zervikal

bakterielle Vaginose Multiplex PCR pro Material

- Gardnerella vaginalis (quantitativ)
- Lactobacillus spp. (quantitativ)
- Bacterial vaginosis-associated bacteria 2 (qualitativ)
- Fannyhessea (Atopobium) vaginae spp. (quantitativ)
- Bacteroides fragilis (qualitativ)
- Megasphaera Type 1 (qualitativ)
- Mobiluncus spp. (qualitativ)

Mat. €

AB 113,96

Leistungen in Ihrer Praxis

- Beratung < 10 min 1,0 GOÄ 4,66
- Beratung < 10 min 2,3 GOÄ 10,72
- Beratung > 10 min 1,0 GOÄ 8,74
- Beratung > 10 min 2,3 GOÄ 20,11
- Abstrich, microb. Unters. 1,0 GOÄ 2,33
- Abstrich, microb. Unters. 2,3 GOÄ 5,36

€

Sonstige Untersuchungen

Symbole & Abkürzungen:

AB Abstrich

Nach ärztlicher Aufklärung über deren medizinische Bedeutung wünsche ich die private Behandlung durch die oben gekennzeichneten außervertraglichen Leitungen zu den auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechneten Preisen. Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zum Leistungskatalog meiner Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten auch nicht übernommen oder erstattet werden.

Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an das mit der Durchführung der Analysen beauftragte Labor. Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis zur Liquidation dieser Leistungen durch die PVS Südwest GmbH (PVS). Die dazu erforderlichen Daten dürfen an die PVS weitergeleitet und die Rechnungsformung an die PVS zum Einzug abgetreten werden, siehe besondere Einverständniserklärung der PVS. **Die ermittelten Laboregebnisse werden dem behandelnden Arzt zugestellt.**

Einverständniserklärung Patient/in

Datum / Unterschrift