

Vereinbarung zur privatärztlichen Laborbehandlung (IGeL)

Name, Vorname des Patienten

Geb. Datum

Straße, Nr., PLZ, Wohnort



Ich (gesetzlicher Vertreter), _____ geb. am _____, wünsche durch Frau Vogel die folgenden privatärztlichen Laborleistungen für mein Kind, für die eine Rechnungsstellung auf Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt:

Leistung	GOÄ-Ziffer	Faktor	Euro	bitte gewünschte Leistung ankreuzen
Kleines Blutbild	3550	1,15	4,02	
Großes Blutbild	3551	1,15	5,36	
Hba1C	3561	1,15	13,41	
Senkung *	3501	1,15	4,02	
Quick	3607	1,15	4,69	
PTT	3605	1,15	3,35	
Natrium	3558	1,15	2,01	
Kalium	3557	1,15	2,01	
Calcium	3555	1,15	2,68	
Phosphat	3580.H1	1,15	2,68	
Magnesium *	3621	1,15	2,68	
Eisen	3620	1,15	2,68	
Ferritin *	3742	1,15	16,76	
Amylase	3588.H1	1,15	3,35	
AP	3587.H1	1,15	2,68	
CHE	3589.H1	1,15	2,68	
CK	3590.H1	1,15	2,68	
GGT	3592.H1	1,15	2,68	
GOT	3594.H1	1,15	2,68	
GPT	3595. H1	1,15	2,68	
LDH	3597. H1	1,15	2,68	
Lipase	3598. H1	1,15	3,35	
Bili ges.	3581.H1	1,15	2,68	
Kreatinin	3520	1,15	4,69	
Harnsäure	3518	1,15	4,69	
Harnstoff	3584.H1	1,15	2,68	
Glucose	3514	1,15	4,69	

Alle Parameter markiert mit * werden direkt vom Labor in Rechnung gestellt

Cholesterin	3562. H1	1,15	2,68	
HDL	3563.H1	1,15	2,68	
LDL	3564.H1	1,15	2,68	
Triglyceride	3565.H1	1,15	2,68	
Liporotein a *	3730	1,15	20,11	
Transferrin	3575	1,15	6,70	
Vitamin B12 *	4140	1,15	16,76	
Folsäure *	4140	1,15	16,76	
RF *	3526	1,15	6,70	
ASL	3523	1,15	6,70	
Gesamteiweiß	3573.H1	1,15	2,01	
IgG	3571	1,15	10,05	
IgA	3571	1,15	10,05	
IgM	3571	1,15	10,05	
IgE *	3572	1,15	16,76	
CRP *	3741	1,15	13,41	
Ft3 *	40222.H4	1,15	16,76	
Ft4 *	40223.H4	1,15	16,76	
TSH *	4030	1,15	16,76	
Vitamin D25 OH*	4138	1.0	18,65	
Holotranscobalamin *	4062	1.0	27.98	
Masern-Titer *	4385	1.0	13.88	

Zusätzliche Kosten:

Beratung (GOÄ-Ziffer 3; 2,3 F) : **20,11 €**

Untersuchung (GOÄ-Ziffer 5; 3,5 F) : **16,32 €**

Blutentnahme (GOÄ-Ziffer 250; 1,8 F) : **5,83 €**

Kinderzuschlag (bis zum vollendeten 4. Lebensjahr) (GOÄ-Ziffer K1, 1,0 F) : **6,99 €**

49,25 €

Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zu den Leistungen meiner gesetzlichen Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten von ihr nicht übernommen oder erstattet werden können.

Ort, Datum

Unterschrift Patient /gesetzlicher Vertreter

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin

Alle Parameter markiert mit * werden direkt vom Labor in Rechnung gestellt