

# IGeL - Auftrag 2

Stempel und Unterschrift überweisender Arzt

Name, Vorname des Versicherten \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

PAT-ID \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Rechnung an Patient direkt

Rechnung an Patient über  
medizinisches  
Abrechnungszentrum (maz)

keine Heilbehandlung

Labor-Nr. \_\_\_\_\_

Barcode-Etikett \_\_\_\_\_

Abnahme-Datum: 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Abnahme-Uhrzeit: 

h	h	m	m
---	---	---	---

Geschlecht (M/W/D): \_\_\_\_\_

Diagnose / Klinische Angaben / Besonderheiten Materialentnahme /  
Weitere Untersuchungen (Anfrage erbeten):

**Medizinische Laboratorien**  
PASSAU • DEGGENDORF • NEUÖTTING

**MVZ Labor Passau GmbH**

Wörth 15 · 94034 Passau · Tel. (0851)95 93 00 · Fax (0851)95 93 263

**Laborleistungen** zzgl. einer einmaligen Material- und Transportkostenpauschale lt. §10 GOÄ

VITAMINE	TUMORMARKER	INFEKTIONSSEROLOGIE	SPURENELEMENTE
<input type="checkbox"/> 25-OH Vitamin D3 S	<input type="checkbox"/> PSA, ges. S	<input type="checkbox"/> CMV-Ak (IgG) S	<input type="checkbox"/> Jodid S
<input type="checkbox"/> 1.25-OH Vitamin D3 S	<input type="checkbox"/> PSA, frei S	<input type="checkbox"/> CMV-Ak (IgM) S	<input type="checkbox"/> Kupfer S
<input type="checkbox"/> Vitamin A S*	<input type="checkbox"/> CEA S	<input type="checkbox"/> EBV-Ak (VCA-IgG) S	<input type="checkbox"/> Magnesium S
<input type="checkbox"/> Vitamin B1 EBØ	<input type="checkbox"/> CA 15-3 S	<input type="checkbox"/> EBV-Ak (VCA-IgM) S	<input type="checkbox"/> Selen S
<input type="checkbox"/> Vitamin B2 (P) EB*	<input type="checkbox"/> CA 19-9 S	<input type="checkbox"/> Lyme-Ak (IgG) S	<input type="checkbox"/> Zink S
<input type="checkbox"/> Vitamin B6 EBØ	<input type="checkbox"/> CA 125 S	<input type="checkbox"/> Lyme-Ak (IgM) S	<b>EISENSTOFFWECHSEL</b>
<input type="checkbox"/> Vitamin B12 S	<b>HORMON-DIAGNOSTIK</b>		<input type="checkbox"/> Parvovirus B19-Ak (IgG) S
<input type="checkbox"/> Folsäure SØ	<input type="checkbox"/> Androstendion S	<input type="checkbox"/> Parvovirus B19-Ak (IgM) S	<input type="checkbox"/> Blutbild, klein EB
<input type="checkbox"/> Holo-Transcobalamin S	<input type="checkbox"/> Anti-Müller-Hormon S	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose-Ak-Screening S	<input type="checkbox"/> Eisen S
<input type="checkbox"/> Vitamin C (P) EP*	<input type="checkbox"/> Cortisol S	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose-Ak (IgG) S	<input type="checkbox"/> Ferritin S
<input type="checkbox"/> Vitamin E S*	<input type="checkbox"/> DHEA-S S	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose-Ak (IgM) S	<input type="checkbox"/> Transferrin S
<input type="checkbox"/> Vitamin H (Biotin) (P) S	<input type="checkbox"/> Freies T3 S	<input type="checkbox"/> VZV-Ak (IgG) S	<b>EINZELUNTERSUCHUNGEN</b>
<input type="checkbox"/> Vitamin K (P) S*	<input type="checkbox"/> Freies T4 S	<input type="checkbox"/> VZV-Ak (IgM) S	<input type="checkbox"/> Albumin S
<b>SEXUELL ÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN</b>	<input type="checkbox"/> FSH S	<b>IMPFTITER (NUR IGG)</b>	
<input type="checkbox"/> HIV-Suchtest S	<input type="checkbox"/> HCG, ges. S	<input type="checkbox"/> Diphtherie-Antitoxin (P) S	<input type="checkbox"/> Alkal. Phosphatase S
<input type="checkbox"/> Lues-Suchtest S	<input type="checkbox"/> LH S	<input type="checkbox"/> FSME S	<input type="checkbox"/> Amylase, pankreat. S
<input type="checkbox"/> STI 1 Multiplex-PCR * ES	<input type="checkbox"/> Östradiol S	<input type="checkbox"/> Hepatitis B S	<input type="checkbox"/> Bilirubin, ges. S
<small>* (Chl. trach., N. gonorrh., Mycopl. genit., Mycopl. hom., Ureapl. ureal., Ureapl. parv., Trich.vag)</small>	<input type="checkbox"/> Progesteron S	<input type="checkbox"/> Masern S	<input type="checkbox"/> Blutbild, klein EB
<input type="checkbox"/> Chl. trachomatis-DNA (PCR) ES	<input type="checkbox"/> Prolaktin S	<input type="checkbox"/> Mumps S	<input type="checkbox"/> Blutbild, groß EB
<input type="checkbox"/> N. gonorrhoeae-DNA (PCR) ES	<input type="checkbox"/> SHBG S	<input type="checkbox"/> Röteln S	<input type="checkbox"/> Blutsenkung EB
<input type="checkbox"/> HPV-DNA, high risk (PCR) (P) SPZ	<input type="checkbox"/> Testosteron S	<input type="checkbox"/> Tetanus-Antitoxin S	<input type="checkbox"/> Calcium S
<b>IMMUNHÄMATOLOGIE</b>	<input type="checkbox"/> TSH basal S	<b>HEPATITIS-SEROLOGIE</b>	
<input type="checkbox"/> Blutgruppe incl. AK-Suchtest EB-BG	<b>DIABETES MELLITUS</b>		
<input type="checkbox"/> BG, AK-Suchtest, RH-Formel, Kell ** EB-BG	<input type="checkbox"/> HbA1c EB	<input type="checkbox"/> HAV-Ak qual. S	<input type="checkbox"/> CK-NAC S
<small>** bei erforderlicher AK-Differenzierung fallen zusätzliche Kosten an</small>	<input type="checkbox"/> Insulin S*	<input type="checkbox"/> HBs-Ak S	<input type="checkbox"/> CRP quant. S
<b>HERZ-KREISLAUF-DIAGNOSTIK</b>	<b>GRAVIDITÄT/ MuVo</b>		
<input type="checkbox"/> Cholesterin S	<input type="checkbox"/> 75g-OGTT !	<input type="checkbox"/> HBS-Ag S	<input type="checkbox"/> Eiweiß, ges. S
<input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin S	<input type="checkbox"/> β-häm. Strepto. Gr. B Kultur *** VA	<input type="checkbox"/> HbC-Ak S	<input type="checkbox"/> Gamma-GT S
<input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin S	<small>*** bei pos. Befund fallen zusätzl. Kosten an</small>	<input type="checkbox"/> HCV-Ak S	<input type="checkbox"/> Glukose, nüchtern S
<input type="checkbox"/> CRP (Ultrasensitiv) S	<b>NIERNE</b>		
<input type="checkbox"/> Homocystein/ HCY-Z-Gel SPZ	<input type="checkbox"/> Cystatin C S	<b>CORONA</b>	
<input type="checkbox"/> Homocystein EP	<input type="checkbox"/> Parathormon (intakt) S	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2-RNA (PCR) CO	<input type="checkbox"/> Harnsäure S
<input type="checkbox"/> Lipoprotein (a) S	<b>GERINNUNG</b>		
<input type="checkbox"/> proBNP, N-terminal S	<input type="checkbox"/> Diaminoxidase-Konz. S	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2-Ak Spike-Protein S	<input type="checkbox"/> Harnstoff S
<input type="checkbox"/> Triglyzeride S	<input type="checkbox"/> Omega-3-Index (Fetts.a.Ery.) EB	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2-Ak Nukleokapsid (P) S	<input type="checkbox"/> Kalium S
<b>STUHLDIAGNOSTIK</b>	<input type="checkbox"/> Thyreoglobulin-Ak S	<b>ALKOHOLMARKER</b>	
<input type="checkbox"/> Hämoglobin (iFOBT) OC	<input type="checkbox"/> TPO-Ak S	<input type="checkbox"/> D-Dimere/ Fibrinogen Spaltprod. CB	<input type="checkbox"/> Kreatinin S
<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori-Ag ST	<input type="checkbox"/> TSH-Rezeptor-Ak S	<input type="checkbox"/> Fibrinogen CB	<input type="checkbox"/> LDH S
		<input type="checkbox"/> Quick/ INR CB	<input type="checkbox"/> Lipase S
		<input type="checkbox"/> PTT CB	<input type="checkbox"/> Natrium S
		<input type="checkbox"/> CDT S	<input type="checkbox"/> Phosphat, anorgan. S
			<input type="checkbox"/> Rheumafaktor, quant. S

\* = tiefgefroren    Ø = lichtgeschützt    ! = siehe akt. Leistungsverzeichnis    (P) = Leistungserbringung und Rechnungsstellung durch Partnerlabor    CB = Citrat-Blut    CO = Cobas PCR Medium    EB = EDTA-Blut  
EB-BG = EDTA-Blut-Blutgruppe    EP = EDTA-Plasma    GX = GlucoExakt-Rö.    OC = OC-Sensor-Probenrö.    S = Serum    SPZ = Spezial-Rö.    St = Stuhl    SU = 24h-Sammelurin    VA = Vaginalabstrich

### Leistungen des niedergelassenen Arztes bei Abrechnung über Privatärztliche Verrechnungsstelle:

1	250				
GOÄ-Ziffer	GOÄ-Ziffer	GOÄ-Ziffer	GOÄ-Ziffer	GOÄ-Ziffer	GOÄ-Ziffer
Faktor	Faktor	Faktor	Faktor	Faktor	Faktor
		Datum	Datum	Datum	Datum

Abrechnung GOÄ-Ziffer 1 mit Faktor 2,3 und GOA-Ziffer 250 mit Faktor 1,8, wenn keine Abweichende Angaben.

**Antrag abgeschlossen; Rechnung kann ohne Wartezeit gestellt werden**

Mir ist bekannt, dass die von mir gewünschten Leistungen nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehören und dass die Liquidation für diese Leistungen auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt. Ich habe gegenüber meiner Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung, weder ganz noch teilweise. Diese Rechnung ist von mir zu bezahlen.

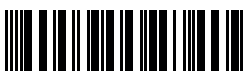
**Die MVZ Labor Passau GmbH ist befugt, übernommene Aufträge an Dritte ärztlich geleitete Einrichtungen als Erfüllungshelfen ganz oder teilweise weiterzuleiten.** Auf das Eigentum an den dabei übergebenen Körpersubstanzen bzw. -teilen wird zugunsten des MVZ Labor Passau GmbH verzichtet, der ordnungsgemäßen Vernichtung nach Abschluss der Befundung wird ausdrücklich zugestimmt.

Mit der oben genannten Rechnungsadressierung und -übermittlung bin ich einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass alle zur Rechnungsstellung notwendigen Unterlagen über die MVZ Labor Passau GmbH an das maz, Medizinisches Abrechnungszentrum Regensburg GmbH, Benedikt-Hopp-Str. 20, 93161 Sinzing, weitergeleitet werden und die Honorarforderungen der beteiligten Ärzte an diese Verrechnungsstelle zum Einzug übergeben werden. Dieses Einverständnis kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Über die oben genannten Punkte wurde ich von meiner Ärztin/meinem Arzt aufgeklärt. Der Auftrag kann nur mit gültiger Patientenunterschrift bearbeitet werden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/-In / Sorgeberechtigter/-r: \_\_\_\_\_



0015 9960 00

Die aktuelle IGeL-Preisliste finden Sie unter:  
<https://www.labor-passau.de/service/igel-preisliste/>  
oder scannen Sie den folgenden QR-Code:

