

Anforderungsschein für IGeL (Selbstzahler)

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

Auftragsnummer des Labors	
Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!	

Quartal
Q J J
Geschlecht

Klinische Hinweise:

Kontakt (Patient)
Mail:

Abnahmedatum	Abnahmezeit
T T M M J J	h h m m
SSW	

☐ Befund eilt, Übermittlung an	☐ Telefon	☐ Fax	Nr.
---	----------------------------------	------------------------------	-----

☐ Rechnung an Patient
☐ Rechnung an

Ärztl. Leistungen d. beh. Arztes	Leistungen des Labors	Stand: 03.2025
☐ 1 Beratung 10,72	Arteriosklerose/Herz	Sexuell übertragbare Infektionen
☐ 3 eingehende Beratung 20,11	☐ Homocystein <i>Hm</i> 38,21	☐ HIV Suchtest <i>S</i> 20,11
☐ A33 Besprechung ≥ 20 min. 40,22	☐ Lipoprotein (a) <i>S</i> 20,11	☐ Lues Suchreaktion <i>S</i> 15,42
☐ A31 Besprechung ≥ 30 min. 60,33	☐ CRP <i>S</i> 13,41	☐ Hepatitis B (HBs-Ag) <i>S</i> 16,76
☐ A30 Besprechung ≥ 60 min. 120,65	☐ BNP <i>E</i> 32,17	☐ Hepatitis C AK <i>S</i> 26,81
☐ 250 Blutentnahme 4,20	☐ Adiponectin <i>S</i> 50,27	☐ Chlamydia trach. <i>U/A</i> 33,52
☐ 298 Abstrichentnahme 5,36	Knochen/Osteoporose	☐ HPV <i>A</i> 93,85
	☐ Vitamin D (25-OH) <i>S</i> 32,17	☐ STD Profil
	☐ Phosphat anorganisch <i>S</i> 2,68	(Chlamydien, Gonorrhoe, Myko-/
	☐ Ostase <i>S</i> 32,17	Ureaplasma, Trichomonaden,
	☐ Crosslaps <i>S</i> 32,17	HSV I-II, H. ducreyi) <i>A</i> 93,84
	Thrombose-Risiko	☐ STD Profil mit Serologie
	☐ APC-Resistenz <i>C</i> 30,16	(STD-Profil klein + HIV-Anti-
	☐ Fakt. V(Leiden)-Mutat. <i>*E</i> 113,95	körper, Hepatitis, Syphilis) <i>A/S</i> 128,38
	☐ Prothrom.-(FII)-Mutat. <i>*E</i> 113,95	Schwangerschaftsvorsorge
	☐ Faktor VIII <i>C</i> 30,83	☐ Cytomegalie IgG AK <i>S</i> 16,09
	☐ Protein C <i>C</i> 30,27	☐ Cytomegalie IgM AK <i>S</i> 20,11
	☐ Protein S <i>C</i> 30,27	☐ Cytomegalie IgM AK
	☐ Antithrombin <i>C</i> 12,06	(nur wenn IgG positiv) <i>S</i> 20,11
	☐ Homocystein <i>Hm</i> 38,21	☐ Toxoplasmose IgG AK <i>S</i> 23,46
	Mangel	☐ Toxoplasmose IgM AK <i>S</i> 23,46
	☐ Ferritin/Transferrin/Eisen <i>S</i> 26,14	☐ Toxoplasmose IgM AK
	☐ Folsäure <i>S</i> 16,76	(nur wenn IgG positiv) <i>S</i> 23,46
	☐ Vitamin B 1 <i>E</i> 38,20	☐ Varizella IgG AK <i>S</i> 16,09
	☐ Vitamin B 6 <i>S</i> 38,20	☐ Parvovirus B 19 IgG AK <i>S</i> 16,09
	☐ Vitamin B 12 <i>S</i> 16,76	☐ Parvovirus IgM AK <i>S</i> 20,11
	☐ Holo-Transcobalamin	☐ Parvo-IgM AK
	(Vit. B12, aktiv) <i>S</i> 32,17	(nur wenn IgG positiv) <i>S</i> 20,11
	☐ Zink/Selen <i>S</i> 33,52	☐ B-Streptokokken <i>A</i> 16,76
	Blutgruppe	Hormone
	☐ Vollständig (ABO, Rh,	☐ TSH <i>S</i> 16,76
	AK-Sucht.) inkl. Ausweis <i>E</i> 75,07	☐ LH <i>S</i> 16,76
	Infektionsserologie/Impftiter	☐ FSH <i>S</i> 16,76
	☐ Covid-19 IgG AK	☐ 17β-Östradiol (E2) <i>S</i> 23,41
	(Impftiter) <i>S</i> 23,46	☐ Testosteron <i>S</i> 23,41
	☐ Borrelien IgG/M AK <i>S</i> 46,92	☐ SHBG <i>S</i> 30,16
	☐ ggf. Borr. Immunoblot <i>S</i> 107,25	☐ DHEA-S <i>S</i> 23,41
	☐ Diphtherie AK <i>S</i> 23,46	☐ Progesteron <i>S</i> 23,41
	☐ Quantiferon	☐ Prolaktin <i>S</i> 23,41
	(aus Lithium-Heparin)	☐ Anti-Müller-Hormon <i>S</i> 50,28
	☐ Epstein-Barr-Virus	Tumormarker
	(EBNA-IgG, EA-IgG, VCA- IgG/M)	☐ AFP (Leber und Keimzellen) <i>S</i> 16,76
	<i>S</i> 80,45	☐ CA 15-3 (Brust) <i>S</i> 30,16
	☐ Helic. pylori IgG/A AK <i>S</i> 107,25	☐ CA 125 (Eierstöcke) <i>S</i> 20,11
	☐ Hepatitis A IgG AK <i>S</i> 16,09	☐ CA 19-9 (Galle, Pankreas, Kolon) <i>S</i> 20,11
	☐ Hepatitis Bs AK (Impftiter) <i>S</i> 16,09	☐ CEA (Darm, Magen, Gallenwege) <i>S</i> 16,76
	☐ Hepatitis B (Anti HbC) <i>S</i> 20,11	☐ Chromogr. A (Neuroend. T.) <i>S</i> 50,28
	☐ Herpes simp. I/II IgG/M <i>S</i> 52,29	☐ Cyfra 21-1 (Lunge, Blase) <i>S</i> 30,16
	☐ Masern IgG AK <i>S</i> 16,09	☐ Gesamt-PSA (Prostata) <i>S</i> 20,11
	☐ Mumps IgG AK <i>S</i> 16,09	☐ ggf. freies PSA (Prostata) <i>S</i> 20,11
	☐ Pertussis IgG / A AK <i>S</i> 46,92	☐ HE 4 (Ovarien) <i>S</i> 30,16
	☐ Röteln IgG AK <i>S</i> 16,09	☐ NSE (Lunge, kleinzellig) <i>S</i> 30,16
	☐ Tetanus AK <i>S</i> 23,46	☐ S 100 (Melanom) <i>S</i> 50,28
		☐ B-HCG (Hoden / Keimzellen) <i>S</i> 16,76

Einsender, Arztpraxis

Darm/Stuhlchemie

- ☐ Hb-Haptoglobin-Komp. *St* 12,06
- ☐ Darmkrebs-Screening (iFOBT) (Spezialröhrchen!) *St* 12,06
- ☐ Calprotectin *St* 30,16
- ☐ Pankreas-Elastase *St* 32,17
- ☐ pH-Wert im Stuhl *St* 2,68
- ☐ Sekretorisches IgA *St* 10,05
- ☐ Alpha 1-Antitrypsin *St* 12,06
- ☐ Laktoferrin *St* 16,76
- ☐ Stuhlflora *St* 86,47
- ☐ Helic. pylori AG (Magen) *St* 16,76

Drogen/Alkohol

- ☐ CDT *S* 38,20
- ☐ Drogensuchtest (9 Substanzen) *U* 46,04
- ☐ Einzelsubstanz: *U* 14,57

Allergien/Unverträglichkeit

- ☐ Gesamt IgE *S* 16,76
- ☐ Einzelallergene: *S* 16,76
- ☐ *S* 16,76

Rheuma-Risiko

- ☐ Rheuma-Faktor *S* 12,06
- ☐ CCP AK *S* 30,16
- ☐ ANA *S* 19,44

PCR-Bestimmungen

- ☐ Respiratorische PCR (Influenza (A+B), Covid 19 u.a.) *A* 93,85
- ☐ Borrelien + FSME (in der Zecke) 93,85

Sonstiges

- ☐ Cystatin C *S* 13,40
- ☐ Laktose-Gen-Test **E* 72,85
- ☐ Fruktose-Gen-Test **E* 166,09
- ☐ V.a. Zöliakie (Transgl. IgA AK/IgA quant) *S* 34,97

A = Abstrich, C = Citrat-Blut, E = EDTA-Blut, H = Hep.-Blut, Hm = Homocystein-Röhrchen, NaF = NaF-Blut, S = Serum, St = Stuhl, U = Urin, * = Einverständniserklärung nach Gendiagnostikgesetz erforderlich

Erklärung des Patienten: Die von mir gewünschten Laborleistungen werden, wie im Beratungsgespräch erläutert, nicht von meiner Krankenkasse bezahlt. Ich wünsche die Laborleistungen dennoch und bin damit einverstanden, dass mir das Labor die oben genannten Kosten zusammen mit den Leistungen des überweisenden Arztes (z.B. Blutentnahme, Beratung) in Rechnung stellt.

Datum, Unterschrift des Patienten

Labor Dr. Heidrich & Kollegen MVZ GmbH · Klinikweg 23 · 22081 Hamburg · Tel.: (040) 9707999-0 · Fax: (040) 9707999-99 · Geschäftsführerin: Birgit Hagenah · Amtsgericht Hamburg HRB 107437 · Steuernummer 43/739/00392 · Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank · BIC: DAAEDEDXXX · IBAN: DE37 3006 0601 0007 9724 07