

Einverständniserklärung für Labor-Selbstzahlerleistungen (IGeL)

Patientin/Patient:

Laboruntersuchung:

- | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|----------|
| • <input type="checkbox"/> | Labor (Basis) | Basislabor | 26,80 € |
| • <input type="checkbox"/> | Laborergänzungs-Check | erweitertes Labor | 82,44 € |
| • <input type="checkbox"/> | Großer Laborcheck | komplettes Labor | 151,47 € |
| • <input type="checkbox"/> | Vitamine, Eisen | D, B12, Folsäure, Ferritin | 82,45 € |
| • <input type="checkbox"/> | Vitamin D | Einzelbestimmung Vitamin D | 32,17 € |
| • <input type="checkbox"/> | Schilddrüse (Hormone) | TSH basal, fT3, fT4 | 50,28 € |
| • <input type="checkbox"/> | Schilddrüse (z.B.Hashimoto) | Schilddrüsen-Antikörper | 67,03 € |
| • <input type="checkbox"/> | Prostatakrebs | Einzelbestimmung PSA | 20,11 € |
| • <input type="checkbox"/> | Hormoncheck Mann | Testosteron (gesamt) | 23,46 € |
| • <input type="checkbox"/> | Hormoncheck Frau | FSH, Östradiol, Progesteron | 63,68 € |
| • <input type="checkbox"/> | Arteriosklerose (Basis) | Fette, (Langzeit)-Zucker, Gicht | 29,49 € |
| • <input type="checkbox"/> | Arteriosklerose (Spezial) | Lp (a), Homocystein, CRP | 50,28 € |
| • <input type="checkbox"/> | Arteriosklerose Ergänzung | komplett, Ergänzung Kassencheck | 63,69 € |
| • <input type="checkbox"/> | Lipoprotein (a) | Einzelbestimmung Lp (a) | 20,11 € |
| • <input type="checkbox"/> | Blutabnahme | Einzelabnahme | 4,20 € |
| • <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ € |
| • <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ € |
| • <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ € |

Summe: _____ €

Ich wurde darüber informiert, dass die Laboruntersuchungen nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden. Mit der Abrechnung über die privatärztliche Verrechnungsstelle erkläre ich mich einverstanden. Die Rechnungsstellung erfolgt in der Regel zum Ende des jeweiligen Quartals.

Datum:

Unterschrift: _____