

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

LABORAUFRAG

und privatärztlicher Patientenvertrag
Laboranalytik für die integrative Medizin
Laborarztpraxis Dr. med. Anton Waldherr

INFEKTIOLOGIE

Auftrag zur privatärztlichen Behandlung und Abrechnung von Laborleistungen (Patientenvertrag)

Ich beauftrage das Dedimed Europarc-Labor zur Durchführung der nachfolgend durch Markierung und / oder sonst bezeichneten Laboruntersuchung. Die Laboruntersuchungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ, FKT. 1,15) berechnet. Für Materialkosten werden **EUR 5,20 pro Auftrag** berechnet. Über die Kosten des Laborauftrages bin ich informiert worden. Der Laborauftrag ist nicht gebunden an eine Kostenerstattung durch Krankenkassen. Die Kosten werden mit der Befundübermittlung und Rechnungsstellung fällig. Eine Kopie des Patientenvertrages habe ich erhalten. Die Befundübermittlung erfolgt in der Regel per Post. Auf Wunsch übermitteln wir Ihnen den Befund per Mail oder Fax; bei Angabe einer Fax-Nummer oder bei Angabe einer E-Mail-Adresse stimmen Sie diesem Übertragungsweg zu. Sie stimmen zu, dass die Befundübertragung per E-Mail im unverschlüsselten PDF-Format erfolgen kann.

Gemäß europäischer Datenschutzverordnung (EU-DSGVO) erkläre ich mich damit einverstanden, dass die in meiner Patientenakte gespeicherten Daten, sofern diese zur Rechnungserstellung notwendig sind, an die Abrechnungsstelle Lipke & Lipke, Institut für medizinisches Abrechnungsmanagement weitergegeben werden und dort ausschließlich zur Rechnungsbearbeitung gespeichert werden dürfen. Resultate unterliegen dem Infektionsschutzgesetz.

Datenschutz (EU-DSGVO): Ich willige der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, sofern diese für die vollständige Bearbeitung des Laborauftrages notwendig sind und unter Berücksichtigung der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO), ein.

Mit meiner unten stehenden Unterschrift erteile ich den Auftrag. Mit meiner unten stehenden Unterschrift willige ich der Datenspeicherung und Verarbeitung zu.

PATIENTENDATEN

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Name	Vorname	m/w/d	Geburtstag
Straße		Haus-Nr.	
PLZ	Ort	Land	
Telefon	E-Mail	Fax	

BEFUNDDATEN

Befund an:	Datum Materialentnahme:	Uhrzeit:
beh. Arzt <input type="radio"/> per Post <input type="radio"/> per E-Mail <input type="radio"/> per Fax Patient <input type="radio"/> per Post <input type="radio"/> per E-Mail <input type="radio"/> per Fax	Weitere Infos:	
Mail / Fax:	Rechnungsadresse / gesetzl. Vertreter, falls abweichend:	
<input type="radio"/> Patienteneinsendung <input type="radio"/> Praxiseinsendung		
Einsendende Praxis (Praxisstempel) / Datum / Unterschrift Patient (ggf. gesetzlicher Vertreter)	

BORRELIA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Borr. afzelii IgG-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Borr. afzelii IgM-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Borr. afzelii IgG-Ak IB	53,62 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Borr. afzelii IgM-Ak IB	53,62 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Borr. burgdorferi ss (USA) IgG-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Borr. burgdorferi ss (USA) IgM-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Borr. burgdorferi ss (CH) IgG-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Borr. burgdorferi ss (CH) IgM-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Borr. burgdorferi ss IgG-Ak IB	53,62 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Borr. burgdorferi ss IgM-Ak IB	53,62 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Borr. garinii IgG-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Borr. garinii IgM-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Borr. garinii IgG-Ak IB	53,62 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Borr. garinii IgM-Ak IB	53,62 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OspC IgG-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OspC IgM-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VlsE IgG-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VlsE IgM-Ak IFT	34,19 €

EINZELANFORDERUNG
 GRUPPENANFORDERUNG
 GESAMTANFORDERUNG

<input type="checkbox"/>	HLA DR 1* (Empfehlung für Patienten mit fehlender Ak-Bildung gegen Borrelien)	240,00 €
<input type="checkbox"/>	Borrelia Elispot (Empfehlung für Patienten mit fehlender Ak-Bildung gegen Borrelien)	142,00 €

PARASITEN

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Babesia divergens IgG-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Babesia divergens IgM-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Babesia microti IgG-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Babesia microti IgM-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toxoplasma gondii IgG-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toxoplasma gondii IgA-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toxoplasma gondii IgM-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Echinococcus granulosus IHA*+EIA*	63,01 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Echinokokkus multilocularis IgG-Ak EIA*	

EINZELANFORDERUNG
 GRUPPENANFORDERUNG

WEITERE ANALYTIK

--	--

PROBENMATERIAL:

- 1 x 8-10 ml Vollblut oder ca. 4 ml Serum
- 1 x 2-3 ml EDTA
- 3 x 8 ml CPDA

UNTERSUCHUNGSVERFAHREN:

- Immunfluoreszenz-Test
- Immunoblot
- EIA
- IHA
- Elispot

* = FREMDVERSAND

BAKTERIEN

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bartonella henselae IgG-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bartonella henselae IgM-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bartonella quintana IgG-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bartonella quintana IgM-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anaplasma phagocytophilum IgG-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anaplasma phagocytophilum IgM-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ehrlichia chaffeensis IgG-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ehrlichia chaffeensis IgM-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chlamydia trachomatis IgG-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chlamydia trachomatis IgA-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chlamydia trachomatis IgM-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chlamydia pneumoniae IgG-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chlamydia pneumoniae IgA-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chlamydia pneumoniae IgM-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chlamydia psittaci IgG-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chlamydia psittaci IgA-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chlamydia psittaci IgM-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycoplasma pneu. IgG-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycoplasma pneu. IgA-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycoplasma pneu. IgM-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycoplasma hominis IgG-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycoplasma hominis IgA-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mycoplasma hominis IgM-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ureaplasma urealyticum IgG-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ureaplasma urealyticum IgA-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ureaplasma urealyticum IgM-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Helicobacter pylori IgG-Ak IB	53,62 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Helicobacter pylori IgA-Ak IB	53,62 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Campylobacter jejuni IgG-Ak EIA*	23,46 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Campylobacter jejuni IgA-Ak EIA*	23,46 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yersinia enterocolitica IgG-Ak IB	53,62 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yersinia enterocolitica IgA-Ak IB	53,62 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rickettsien (Zeckenbissfiebergr.) IgG-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rickettsien (Zeckenbissfiebergr.) IgM-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rickettsien (Typhusgruppe) IgG-Ak IFT	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rickettsien (Typhusgruppe) IgM-Ak IFT	34,19 €

EINZELANFORDERUNG
 GRUPPENANFORDERUNG

VIREN

<input type="checkbox"/>	Corona SARS-CoV-2 PCR Erregernachweis	147,48 €
<input type="checkbox"/>	Materialzuschlag	12,16 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Corona SARS-CoV-2 IgG EIA	23,46 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Corona SARS-COV-2 IgA EIA	23,46 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> FSME IgG-Ak IFT*	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> FSME IgM-Ak IFT*	34,19 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bornea AG EIA	16,76 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bornea CIC EIA	73,73 €

EINZELANFORDERUNG
 GRUPPENANFORDERUNG

<input type="checkbox"/>	Blutentnahme	4,20 €
<input type="checkbox"/>	Rachenabstrich	5,36 €