

Versicherungsstatus

Stat. Belegleistung Privat Wahlleist. Chefarzt A2S BG ambulant

Name Vorname

Straße / Hausnr.

PLZ Ort

Aufnahme-Nr. Geburtsdatum Geschlecht W M

Klinische Angaben

Entnahmedatum Entnahmezeit Datum, Unterschrift

Material: Röhrcen mit Namen des Patienten beschriften! Aufkleber verwenden!

- | | | | | | |
|---|-------|---|-------|---------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Trockenabstrich Nase | ABSNA | <input type="checkbox"/> Trockenabstrich Nase/Rache | SNARA | <input type="checkbox"/> Sputum | SPU |
| <input type="checkbox"/> Trockenabstrich Rachen | ABSRA | <input type="checkbox"/> Bronchiallavage | BAL | <input type="checkbox"/> Serum | SE |
| <input type="checkbox"/> Zitrat-Blut | ZG | <input type="checkbox"/> LI-Heparin | LI | | |



MEDIZINISCHES LABOR
Gelsenkirchen

IGeL - Anforderungsschein
für die
Corona Diagnostik

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!



<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 PCR	58,28€	Anforderungen	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 Antikörper IgG	13,99 €	<input type="checkbox"/> SE
			<input type="checkbox"/> SARS CoV-2 Antikörper IgA	13,99 €	<input type="checkbox"/> SE
			<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2-ELISPOT (T-Zell-Antwort)	122,97 €	<input type="checkbox"/> ZG (Auch im LI-Heparin bestimmbar)

Mir ist bewusst, dass die gewünschte Leistung nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist. Der behandelnde Arzt und das Labor werden diese Leistungen daher privatärztlich nach GOÄ liquidieren. Diese sind von mir zu begleichen.

Ich willige ein, dass alle zum Zweck der Rechnungsstellung erforderlichen Daten der Behandlung (z. B. Name, Adresse, Geburtsdatum, Diagnose) von der Eurofins MVZ Medizinisches Labor Gelsenkirchen GmbH an die privatärztliche Verrechnungsstelle PVS rhein-ruhr GmbH (Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim an der Ruhr) (PVS) übermittelt und die umseitige Rechnungsforderung der beteiligten Ärzte an die PVS zum Einzug abgetreten werden. Die Behandlung ist unabhängig von dieser Einwilligung, in diesem Fall erstellt das Labor die Rechnung selber. Ich kann diese Einwilligung jederzeit gegenüber dem Labor oder der PVS mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, eine bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung bleibt hiervon unberührt.

Unterschrift des behandelnden Arztes / Praxisstempel

Ort - Datum - Unterschrift Patient/-in



000100070170



0000

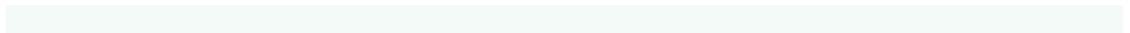
Gemeinsame Rechnungsstellung

Zur Vereinfachung der Abrechnung bieten wir Ihnen die Möglichkeit der gemeinsamen Rechnungsstellung an den Patienten.

Das bedeutet, dass wir die von Ihnen erbrachten Leistungen zusammen mit unseren Laborleistungen dem Patienten in Rechnung stellen. Ihre erbrachten Leistungen werden Ihnen dann jeweils gesammelt am Ende des Quartals erstattet, sofern die Rechnungen von den Patienten beglichen wurden.

Bitte ankreuzen	Entnahme	GOÄ	Faktor (bitte angeben)	Kosten (bitte angeben)
	Blutentnahme	250		
	Abstrich (Mikrobiologie)	298		

Bitte ankreuzen	Entnahme	GOÄ	Faktor (bitte angeben)	Kosten (bitte angeben)
	1. Beratung / Befund-Erklärung < 10 min	1		
	2. Beratung / Befund-Erklärung > 10 min	1		



Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in