

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

Hier bitte sorgfältig Auftragsbarcode einkleben!



Analysenauftragsschein

Privat IGeL

Einsender (Stempel)

PATIENTENDATEN

männlich schwanger
 weiblich SSW (vollendet) [] [] + Tag []
 divers
 unbestimmt
 Zeitpunkt NMH-Injektion: _____
 Größe [] [] [] [] cm
 Gewicht [] [] [] [] kg
 NMH-Dosierung: _____
 Zeitpunkt Einnahme DOACs: _____
 Präparat und Dosierung DOAC: _____
 Bitte Feld Probenentnahme unten ausfüllen!

DIAGNOSE / V.A. / KLINISCHE ANGABEN / MEDIKATION / VORBEFUNDE

PROBENENTNAHME

Datum [] [] [] [] [] []
 Zeit [] [] [] []

LABORLEISTUNGEN	Preise in Euro 1,15fach GOÄ	Material
<input type="checkbox"/> Thrombophilie-Untersuchung* BASIC Abklärung bei venösen Thromboembolien in der Familienanamnese <i>Antithrombin-Aktivität (IIa-basiert), Antithrombin-Aktivität (Xa-basiert), Protein C-Aktivität (chromogen), Protein C-Aktivität (koagulometrisch), Protein S-Aktivität, APC-Resistenz, Prothrombin-Mutation (G20210A)</i>	269,45	1 x EDTA 2 x Citrat
<input type="checkbox"/> Thrombophilie-Untersuchung* UMFASSEND Abklärung bei venösen Thromboembolien in der Familienanamnese <i>Antithrombin-Aktivität (IIa-basiert), Antithrombin-Aktivität (Xa-basiert), APC-Resistenz, aPTT, CRP, D-Dimer, Faktor VIII, Fibrinogen, Homocystein, Lipoprotein (a), Protein C-Aktivität (chromogen), Protein C-Aktivität (koagulometrisch), Protein S-Aktivität, Quick, Faktor V-Leiden-Mutation (G1691A), Prothrombin-Mutation (G20210A), PAI-1-Polymorphismus-4G/5G</i>	557,02	1 x Serum 2 x EDTA 1 x NaF 3 x Citrat
<input type="checkbox"/> Profil venöse Thrombosen* Abklärung bei venösen Thromboembolien in der Eigenanamnese <i>Antithrombin-Aktivität (IIa-basiert), Antithrombin-Aktivität (Xa-basiert), APC-Resistenz, aPTT, β-2-Glykoprotein-I-AK (IgA, IgG und IgM), Cardiolipin-AK (IgA, IgG und IgM), CRP, D-Dimer, Faktor II, VII und VIII, Fibrinogen, Homocystein, Lipoprotein (a), Lupus-Antikoagulanzen, Protein C-Aktivität (chromogen), Protein C-Aktivität (koagulometrisch), Protein S-Aktivität, Quick, TAT, Thrombinzeit, Faktor V-Leiden-Mutation (G1691A), Prothrombin-Mutation (G20210A), PAI-1-Polymorphismus-4G/5G, ACE-I/D Polymorphismus, FSAP Marburg I-Polymorphismus</i>	1008,16	1 x Serum 2 x EDTA 1 x NaF 3 x Citrat
<input type="checkbox"/> Profil arterielles Risiko familiär* Abklärung bei arteriellen Thrombosen wie z. B. Herzinfarkt, Apoplex in der Familienanamnese <i>Antithrombin-Aktivität (IIa-basiert), Antithrombin-Aktivität (Xa-basiert), APC-Resistenz, aPTT, Cholesterin, CRP, D-Dimer, Faktor II, VII und VIII, Fibrinogen, HDL-Cholesterin, Homocystein, LDL-Cholesterin, Lipoprotein (a), Protein C-Aktivität (chromogen), Protein C-Aktivität (koagulometrisch), Protein S-Aktivität, Quick, Triglyceride, Faktor V-Leiden-Mutation (G1691A), Prothrombin-Mutation (G20210A), PAI-1-Polymorphismus-4G/5G</i>	646,85	1 x Serum 2 x EDTA 1 x NaF 3 x Citrat
<input type="checkbox"/> Profil arterielle Thrombosen* Abklärung bei arteriellen Thrombosen in der Eigenanamnese <i>Antithrombin-Aktivität (IIa-basiert), Antithrombin-Aktivität (Xa-basiert), APC-Resistenz, aPTT, β-2-Glykoprotein-I-AK (IgA, IgG und IgM), Cardiolipin-AK (IgA, IgG und IgM), CRP, D-Dimer, Faktor II, VII und VIII, Fibrinogen, Cholesterin, HDL-Cholesterin, Homocystein, LDL-Cholesterin, Lipoprotein (a), Lupus-Antikoagulanzen, Protein C-Aktivität (chromogen), Protein C-Aktivität (koagulometrisch), Protein S-Aktivität, Quick, TAT, Thrombinzeit, Triglyceride, Faktor V-Leiden-Mutation (G1691A), Prothrombin-Mutation (G20210A), PAI-1-Polymorphismus-4G/5G, ACE-I/D Polymorphismus, FSAP Marburg I-Polymorphismus</i>	1018,88	1 x Serum 2 x EDTA 1 x NaF 3 x Citrat
<input type="checkbox"/> Profil Blutung Abklärung einer Blutungsneigung; nach mindestens 10-tägiger ASS-/NSAR-Karenz <i>Alpha-2-Antiplasmin, Antithrombin-Aktivität (IIa-basiert), aPTT, Collagenbindungsaktivität, CRP, Faktor II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII und XIII, Fibrinogen, kleines Blutbild, PFA 200®, Quick, Thrombinzeit, Thrombozytenaggregation, von Willebrand Faktor Aktivität, von Willebrand Faktor Antigen</i>	599,23	1 x Serum 1 x EDTA 5 x Citrat
<input type="checkbox"/> Profil Aborte* Abklärung bei habituellen Aborten <i>Antithrombin-Aktivität (IIa-basiert), Antithrombin-Aktivität (Xa-basiert), APC-Resistenz, aPTT, β-2-Glykoprotein-I-AK (IgA, IgG und IgM), Cardiolipin-AK (IgA, IgG und IgM), CRP, D-Dimer, Faktor II, VII, VIII und XII, Fibrinogen, Homocystein, Lupus-Antikoagulanzen, Protein C-Aktivität (chromogen), Protein C-Aktivität (koagulometrisch), Protein S-Aktivität, Quick, TSH Basalwert, Faktor V-Leiden-Mutation (G1691A), Prothrombin-Mutation (G20210A), PAI-1-Polymorphismus-4G/5G</i>	863,73	1 x Serum 2 x EDTA 1 x NaF 3 x Citrat

LABORLEISTUNGEN		Preise in Euro 1,15fach GOÄ	Material
<input type="checkbox"/>	Kontrolle Gerinnungsaktivierung in der Gravidität ohne Heparin <i>CRP, D-Dimer, Faktor VII und VIII, TAT</i>	148,82	1 x Serum 2 x Citrat
<input type="checkbox"/>	Kontrolle Gerinnungsaktivierung in der Gravidität mit Heparin Abklärung vor sowie nach Entbindung; Blutentnahme 3 bis 4 Stunden nach Injektion des niedermolekularen Heparins <i>CRP, D-Dimer, Faktor VII und VIII, TAT, Anti Xa-Aktivität (Heparin), kleines Blutbild</i>	162,22	1 x Serum 1 x EDTA 2 x Citrat
<input type="checkbox"/>	Anti Xa-Aktivität (niedermolekulares Heparin), inkl. kleines Blutbild Nach mind. 3-tägiger Aufsättigung mit Heparin; Blutentnahme 3–4 Stunden nach Injektion des niedermolekularen Heparins <i>Anti Xa-Aktivität (NMH), kleines Blutbild</i>	13,40	1 x EDTA 1 x Citrat
<input type="checkbox"/>	Anti Xa-Aktivität (Apixaban) Nach mindestens 3-tägiger Aufsättigung; Blutentnahme sollte 12 Stunden nach der letzten Tabletteneinnahme erfolgen <i>Anti Xa-Aktivität</i>	9,38	1 x Citrat
<input type="checkbox"/>	Anti Xa-Aktivität (Rivaroxaban) Nach mindestens 3-tägiger Aufsättigung; Blutentnahme sollte 24 Stunden nach der letzten Tabletteneinnahme erfolgen <i>Anti Xa-Aktivität</i>	9,38	1 x Citrat
<input type="checkbox"/>	Anti IIa-Aktivität (Dabigatran) Nach mind. 3-tägiger Aufsättigung; Blutentnahme sollte 16 bzw. 24 Stunden nach der letzten Tabletteneinnahme erfolgen <i>Anti IIa-Aktivität</i>	9,38	1 x Citrat
<input type="checkbox"/>	ASS-, Clopidogrel- bzw. Prasugrel-Respondertest, inkl. kleines Blutbild Zeitnahe Probenabholung - bei telefonischer Anmeldung bitte darauf hinweisen! Angabe der Medikamenteneinnahme zwingend erforderlich! <i>Thrombozytenaggregation, kleines Blutbild</i>	64,35	1 x EDTA 2 x Citrat
<input type="checkbox"/>	Antiphospholipid-Syndrom (APS) Durch pathologische Ergebnisse kann sich der angegebene Preis erhöhen <i>Reptilasezeit (Lupus Test), β-2-Glykoprotein-I-AK (IgA, IgG und IgM), Cardiolipin-AK (IgA, IgG und IgM)</i>	187,69	1 x Serum 1 x Citrat
<input type="checkbox"/>	C-reaktives Protein (CRP)	13,41	1 x Serum
<input type="checkbox"/>	D-Dimer	24,13	1 x Citrat
<input type="checkbox"/>	Gerinnungsfaktor VIII	30,83	1 x Citrat

PRAXISLEISTUNGEN		Preise in Euro GOÄ
<input type="checkbox"/>	Beratung < 10 Minuten	10,72
<input type="checkbox"/>	Beratung > 10 Minuten	20,11
<input type="checkbox"/>	Beratung > 20 Minuten	40,22
<input type="checkbox"/>	Befundbericht, ausführlich	17,43
<input type="checkbox"/>	Blutentnahme, Vene	4,20
<input type="checkbox"/>	Ersatz für Auslagen	5,20

*Dieses Profil enthält molekulargenetische Untersuchungen. Bitte beachten Sie, dass die Einverständniserklärung zu allen molekulargenetischen Untersuchungen erforderlich ist. Durch pathologische Ergebnisse kann sich der angegebene Preis erhöhen.

ANAMNESE

DIAGNOSE:

- Herzinfarkt
- KHK (koronare Herzerkrankung)
- Schlaganfall / TIA
- PAVK / arterielle Stenosen / „Schaufensterkrankheit“
- Blutungsneigung / Hämatomneigung
- Abort
- Venenentzündung
- Venenthrombose / Lungenembolie
- Zeitpunkt: _____
- Lokalisation: _____
- Genese: _____

RISIKOFAKTOREN:

- Raucher/in
- Bluthochdruck
- Fettstoffwechselstörung
- Pilleneinnahme/Hormonersatztherapie
- Schwangerschaft
- Lange Reisen > 4 Std.
- Bettlägerigkeit
- Gipsverband
- Krampfadern
- Krebserkrankung: _____
- familiär: Thrombose, Blutung, usw.

MEDIKAMENTE:

- Vitamin-K-Antagonist (Marcumar®) _____ Tbl./d
- Acetylsalicylsäure (ASS®, Aspirin®) _____ mg/d
- Clopidogrel (Plavix®) _____ mg/d
- Prasugrel (Efient®) _____ mg/d
- niedermolekulares Heparin _____ I.E.
- Fondaparinux (Arixtra®) _____ mg/d
- Apixaban (Eliquis®) _____ mg/d
- Rivaroxaban (Xarelto®) _____ mg/d
- Edoxaban (Lixiana®) _____ mg/d
- Dabigatran (Pradaxa®) _____ mg/d
- Blutdruckmittel: _____
- Vitamine: _____
- andere: _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DES PATIENTEN/DER PATIENTIN

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zu den veranlassten Untersuchungen.

- Ich bin privat versichert und möchte die markierten ärztlichen und labormedizinischen Leistungen in Anspruch nehmen. Die Liquidation für diese Leistungen erfolgt auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte zum ausgewiesenen 1,15-fachen Satz. Die Laborkosten verstehen sich zzgl. einer einmaligen Material- und Versandkostenpauschale nach §10 GOÄ und zzgl. GOÄ Nr. 75 (2,3-facher Satz) beim Erstellen eines ausführlichen Befundberichts. Einzelne Untersuchungen werden in Laboren des SYNLAB Verbundes erbracht. Die Rechnungsstellung erfolgt über das erbringende Labor. Die Übernahme der Kosten richtet sich nach den jeweiligen Bedingungen der privaten Krankenversicherung und kann daher von Seiten des Labors nicht gewährleistet werden. Die Auftragserteilung soll davon nicht abhängen.
- Ich bin in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert. Mir ist bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine medizinisch notwendige und ausreichende Behandlung im Sinne des Gesetzes gewährt und vertraglich sicherstellt. Die auf diesem Anforderungsschein aufgeführten Analysen unterliegen ohne entsprechende Indikation durch meinen behandelnden Arzt als private Vorsorgeuntersuchungen nicht der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Die beauftragten Laboruntersuchungen werden gemäß GOÄ zum ausgewiesenen 1,0-fachen Satz durch das Labor direkt mit mir abgerechnet. Die Laborkosten verstehen sich zzgl. einer einmaligen Material- und Versandkostenpauschale nach §10 GOÄ und zzgl. GOÄ Nr. 75 (1,0-facher Satz) beim Erstellen eines ausführlichen Befundberichts. Einzelne Untersuchungen werden in Laboren des SYNLAB Verbundes erbracht. Die Rechnungsstellung erfolgt über das erbringende Labor. Ich habe gegenüber meiner Krankenkasse und/oder anderen Kostenerstattungsstellen keinen Anspruch auf Kostenübernahme, weder ganz noch teilweise. Hierüber wurde ich von meiner Ärztin/meinem Arzt aufgeklärt. Der Auftrag kann nur mit gültiger Patientenunterschrift bearbeitet werden. Bei Nachreichen eines gültigen Kostenträgers (Muster 10-Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen) innerhalb von 14 Tagen erfolgt keine Rechnungsstellung.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogene Daten (Art. 4 Nr. 2 DS-GVO) durch die SYNLAB MVZ Augsburg GmbH und ggf. die Partnerlabore und ihre Mitarbeiter zur Erbringung der angeforderten Analysen, deren Auswertung, Übermittlung und Speicherung von Befunden und den dazugehörigen Informationen, gespeichert und verarbeitet werden (Art. 6 Abs. 1 lit b DS-GVO). Mir ist bekannt, dass ich die Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung oder Löschung meiner personenbezogenen Daten verlangen kann (Art. 16, 17 und 18 DSGVO), soweit nicht gesetzliche Aufbewahrungspflichten entgegenstehen. Darüber hinaus habe ich das Recht auf Herausgabe der von mir bereitgestellten Daten (Art. 20 DS-GVO). Mir ist bewusst, dass ich die Möglichkeit habe, mich mit einer Beschwerde an die Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.

Ort/Datum _____

Unterschrift Patient/Patientin bzw. Erziehungs-/Sorgeberechtigte/-r _____

Keine Haftung für Irrtümer, Fehler und falsche Preisangaben. Änderungen bleiben vorbehalten.
Alle Texte, Fotos und Inhalte unterliegen dem Urheberrecht. Keine Verwendung ohne ausdrückliche Erlaubnis des Rechteinhabers. www.synlab.de