

PRIVAT

Name, Vorname, Anschrift des Patienten

geb. am

Labor Augsburg MVZ GmbH
MVZ Labor Bochum MLB GmbH
Labor Hannover MVZ GmbH

Labor Mainz MVZ GmbH
Labor an der Salzbrücke MVZ GmbH

Hier bitte Arzt/Patientenbarcode aufbringen



Tagesnummernbarcode



Geschlecht

Rechnungsstellung an:

Patient *Einsender BG 2-fach

Befund:

Abnahmedatum

Abnahmezeit

T T M M J J | h h m m

*nur für Studien, arbeitsmedizinische Untersuchungen und Gutachten

zusätzliche Angaben

EBM: Bitte in Kombination mit Überweisungsschein Muster 10 / 10A einsenden!

Diagnose / Verdachtsdiagnose

Arztstempel und Unterschrift überw. Arzt

Basisprofil LG-fähige Leistungen

<input type="checkbox"/>	Großes Blutbild	BBG	EB
<input type="checkbox"/>	Gamma-GT	GAGT	S
<input type="checkbox"/>	GOT	GOTR	S
<input type="checkbox"/>	GPT	GPTR	S
<input type="checkbox"/>	Natrium	NATR	S
<input type="checkbox"/>	Kalium	KALI	S
<input type="checkbox"/>	Calcium	CALC	S
<input type="checkbox"/>	Kreatinin	KREA	S
<input type="checkbox"/>	Harnstoff	HRST	S
<input type="checkbox"/>	Urin-Stix *	COMB	U
<input type="checkbox"/>	TSH basal *	TSH5	S

<input type="checkbox"/>	Blutsenkung *	BSGE	EB
<input type="checkbox"/>	Alk. Phosphatase	ALKP	S
<input type="checkbox"/>	LDH	LADH	S
<input type="checkbox"/>	Bilirubin gesamt	BILI	S
<input type="checkbox"/>	CK gesamt	CPKI	S
<input type="checkbox"/>	Elektrophorese	ELSA	S
<input type="checkbox"/>	Gesamteiweiß	GESE	S
<input type="checkbox"/>	IgG	IMGG	S
<input type="checkbox"/>	IgM	IMGM	S
<input type="checkbox"/>	IgA	IMGA	S
<input type="checkbox"/>	Quick	QUIC	CB
<input type="checkbox"/>	PTT	PTT	CB
<input type="checkbox"/>	Magnesium **	MAGN	S
<input type="checkbox"/>	Glucose i. Plasma	PLZ1	NaF
<input type="checkbox"/>	HbA1c	HBA1C	EB
<input type="checkbox"/>	Sediment *	SEDI	U

Basisprofil Speziallabor

<input type="checkbox"/>	CRP quant.	CRPQ	S
<input type="checkbox"/>	D-Dimer	DIME	CP
<input type="checkbox"/>	Ferritin	FERR	S
<input type="checkbox"/>	Nt-proBNP	NBNP	S
<input type="checkbox"/>	Troponin T	TROP	S

<input type="checkbox"/>	SARS-CoV-2 Spike Ak °	COVRS	S
<input type="checkbox"/>	SARS-CoV-2 Nukleokapsid Ak °	COVRN	S

Fatigue (ME/CFS)

<input type="checkbox"/>	Cortisol	COR1	S
<input type="checkbox"/>	Vitamin B12	VI12	S
<input type="checkbox"/>	Folsäure	FOLS	S
<input type="checkbox"/>	Vitamin D 25-OH	VITD	S
<input type="checkbox"/>	Ferritin	FERR	S
<input type="checkbox"/>	Transferrinsättigung	TRFS/EISE	S
<input type="checkbox"/>	Magnesium	MAGN	S
<input type="checkbox"/>	Zink	ZINK	S
<input type="checkbox"/>	Selen	SELE	S
<input type="checkbox"/>	Borrelien-Ak	LYME	S
<input type="checkbox"/>	EBV-Ak	EPBA	S

Immunsystem

<input type="checkbox"/>	ANA	IM01	S
<input type="checkbox"/>	ds-DNA-Ak	DNAE	S
<input type="checkbox"/>	Cardiolipin-Ak	CAAK	S
<input type="checkbox"/>	Beta-2-Glykoprotein 1 Ak	B2GL	S
<input type="checkbox"/>	Lupus Antikoagulans	LUPU	CP gefr.
<input type="checkbox"/>	ANCA	IM33	S
<input type="checkbox"/>	CCP-Ak	CCP.	S
<input type="checkbox"/>	C3	KOM3	S
<input type="checkbox"/>	C4	KOM4	S
<input type="checkbox"/>	CIC (zirk. Immunkomplexe)	ZIIM	S
<input type="checkbox"/>	sIL2-Rezeptor	INTZ	S
<input type="checkbox"/>	Immunstatus Standard	LYIS	EB

Dyspnoe / Kardial

<input type="checkbox"/>	Nt-proBNP	NBNP	S
<input type="checkbox"/>	Herzmuskel-Ak	IM07	S
<input type="checkbox"/>	Troponin T	TROP	S
<input type="checkbox"/>	D-Dimer	DIME	CP

Endokrinologie

<input type="checkbox"/>	FSH	F.H.	S
<input type="checkbox"/>	LH	L.H.	S
<input type="checkbox"/>	Östradiol	OSTA	S
<input type="checkbox"/>	Progesteron	PROG	S
<input type="checkbox"/>	Testosteron gesamt	TESG	S
<input type="checkbox"/>	Cortisol	COR1	S
<input type="checkbox"/>	TSH basal	TSH5	S
<input type="checkbox"/>	Freies T3	FT3.	S
<input type="checkbox"/>	Freies T4	FT4.	S
<input type="checkbox"/>	TPO-Ak	TPO.	S
<input type="checkbox"/>	TRAK	TSRE	S

Sonstiges

<input type="checkbox"/>	_____

Ich bin damit einverstanden, dass die angeforderten Leistungen in einem Labor der Laborgruppe Augsburg (die Labore sind oben genannt) durchgeführt werden und meine personenbezogenen Daten in diesem Zusammenhang an die Laborgruppe weitergegeben und dort verarbeitet werden. Diese Einwilligung umfasst auch eine Weiterüberweisung an kooperierende Labore mit Spezialdiagnostik (Liste einsehbar unter www.labor-augsburg-mvz.de/diagnostik/fremdlabore) sowie den konsiliarischen Austausch der behandelnden Ärzte untereinander. Die Leistungen werden privatärztlich nach GOÄ liquidiert und sind von mir unabhängig von der Erstattung durch meine private Krankenversicherung zu begleichen.

Datum _____ Unterschrift Patient/in _____

° keine Kassenleistung
* für Privatpatienten nicht als LG-Leistung möglich
** für gesetzlich Versicherte keine LG-Leistung

S Serum
EB EDTA-Blut
NaF Natriumfluoridblut
CB Citrat-Blut
CP Citrat-Plasma
U Urin
gefr. gefroren