

LEISTUNGSEMPFÄNGER

Nachname: _____

Vorname: _____

Geb.datum: _____

Anschrift: _____

Datum der Probenentnahme: _____

Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen

Auftrag	GOÄ-Nr.	Faktor	€	Leistungstext
Endokrinologie / Schilddrüsenhormon-Diagnostik				
	4030	1,0	14,57	Thyreotropes Hormon (TSH)
	4022	1,0	14,57	Freies Trijodthronin (fT3)
	4023	1,0	14,57	Freies Thyroxin (fT4)
Infektionsserologie / Toxoplasmose-Diagnostik				
	4468	1,0	20,40	Toxoplasmose-IgG-Antikörper (quantitativ)
	4468	1,0	20,40	Toxoplasmose-IgM-Antikörper (quantitativ)
Infektionsserologie / Zytomegalie-Virus-Diagnostik				
	4378	1,0	13,99	CMV-IgG-Antikörper (quantitativ)
	4390	1,0	17,49	CMV-IgM-Antikörper (quantitativ)
HIV-Serologie				
	4395	1,0	17,49	HIV1-Antikörper und HIV2-Antikörper
Weitere Diagnostik				
	4138	1,0	27,98	Vitamin D3 (25-OH-D)
	4134	1,0	23,90	Selen
	4078	1,0	33,22	Coenzym Q10
	4532	1,0	5,83	Bakteriennachweis in CO2-Atmosphäre
	4538	1,0	6,99	Anzüchtung auf Selektiv- / Anreicherungsnährboden
	4140	1,0	14,57	Vitamin B 12
	4146	1,0	33,22	Vitamin B 6
	§10		4,60	Material- und Versandkosten
	§10		0,70	Portogebühren
				Rechnungsgesamtbetrag

Mir ist bekannt, dass medizinisch nicht notwendige Leistungen nicht von der Krankenkasse erstattet werden dürfen.

Datum, Ort und Unterschrift Patient/in

Betrag dankend erhalten. Datum und Unterschrift

Praxisstempel