

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:** Röhrcchen mit Namen des Patienten beschriften! Aufkleber verwenden!

Trockenabstrich Nase ABSNA  Trockenabstrich Nase/Rache SNARA  Sputum SPU

Trockenabstrich Rachen ABSRA  Bronchiallavage BAL  Serum SE

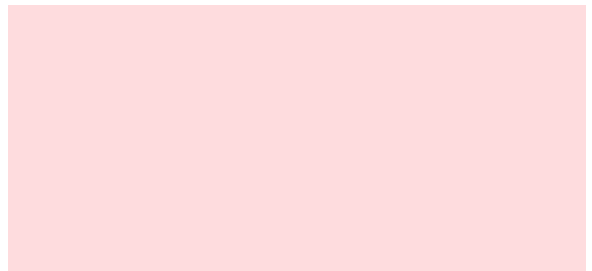
Zitrat-Blut ZG  LI-Heparin LI



**MEDIZINISCHES LABOR**  
Gelsenkirchen

**IGeL - Anforderungsschein**  
für die  
**Corona Diagnostik**

Hier bitte sorgfältig  
Barcode-Etikett einkleben!



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

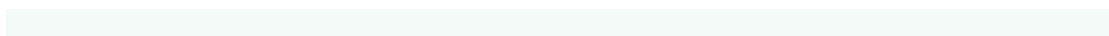
# Gemeinsame Rechnungsstellung

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<br>(bitte angeben) | Kosten<br>(bitte angeben) |
|-----------------|--------------------------|-----|---------------------------|---------------------------|
|                 | Blutentnahme             | 250 |                           |                           |
|                 | Abstrich (Mikrobiologie) | 298 |                           |                           |

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



---

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in