

Laboruntersuchungen für _____

Name, Vorname _____

Geb.Datum _____

Hier können Sie Laborleistungen auf eigenen Wunsch ankreuzen. Aus rechtlichen Gründen müssen Sie diese Leistungen mit Ihrer Unterschrift bestätigen. Die Preise richten sich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

bitte hier ankreuzen	Laborwert/e	Bestimmung	Preis (in Euro)
	Blutentnahme		5,36
	Beratung/Auswertung Laboregebnis/se		10,72
Blut allgemein			
	kleines Blutbild	rote und weiße Blutkörperchen, Hämoglobin, Blutplättchen	4,02
	großes Blutbild	kleines Blutbild plus Differenzierung der weißen Blutzellen	10,72
	Glucose	Zucker	2,68
	HbA1c	Langzeit-Zucker	13,41
	Gesamt-Protein	Eiweiß	2,01
	Proto-Elpho	Marker für versteckte Organschäden/Infekte	13,41
	Eisen	Eisenwert in Serum/Plasma	2,68
	PTT/aPTT	Gerinnungswert (bei Thrombose- oder Blutungsgefahr)	3,35
	Quick	INR, Gerinnungswert (bei Thrombose- oder Blutungsgefahr)	3,35
	Harnsäure	Marker für Gicht	2,68
	Kreatinkinase	Muskelschädigung Skelettmuskulatur	2,68
	Kreatinkinase MB	Muskelschädigung Herzmuskulatur	3,35
Hormone			
	PSA	Prostata („Tumormarker“)	17,49
	Testosteron	Hormonwert Männer	20,40
	Oestradiol	Hormonwert Frauen	20,40
	Gestagen	Hormonwert Frauen	20,40
	TSH	Schilddrüse	16,67
Fette			
	Fettwerte	HDL-, LDL- und Gesamt-Cholesterin, Triglyceride	10,72
	Cholesterin	Gesamt-Cholesterin	2,68
	HDL-Cholesterin	gutes Cholesterin	2,68
	LDL-Cholesterin	schlechtes Cholesterin	2,68
	Triglyceride	Neutralfette	2,68
Niere			
	Nierencheck	Kalium, Natrium, Kreatinin	6,70
	Harnstoff	Nierenfunktion	2,68
	Kreatinin	Nierenfunktion	2,68
	Kalzium	Salzhaushalt, Knochenfunktion	2,68
	Chlorid	Salzhaushalt	2,01
	Kalium	Salzhaushalt	2,01
	Natrium	Salzhaushalt	2,01
Leber/Galle/Bauchspeicheldrüse			
	Lebercheck	GOT, GPT	5,36
	erweiterter Lebercheck inkl. Galle	GOT, GPT, gGT, Bilirubin, Alkalische Phosphatase	13,40
	gGT	Gamma-GT; Leberwert, Alkoholmarker	2,68
	GOT	Leberwert	2,68
	GPT	Leberwert	2,68
	Bilirubin	Gallenwert	2,68
	AP	Alkalische Phosphatase, Knochenstoffwechsel, Gallenwege	2,68
	Alpha-Amylase	Bauchspeicheldrüse	3,35
	Lipase	Bauchspeicheldrüse	3,35

Ich wünsche die oben angekreuzten Wunschleistungen. Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören und ich keinen Anspruch auf Kostenerstattung oder -beteiligung habe.

Unterschrift Patient/-in

Donaueschingen, den _____