



Anschrift:

Kassen Nr.

Versicherten Nr.



IGEL

- Anforderungsbogen für Hebammen**Name und Unterschrift der Hebamme:**

Stempel Hebamme / Hebammenpraxis

Schwangerschaftswoche:**Befund an:**☐ Patient ☐ im Notfall an Handy: _____**Rechnungsempfänger:**

Entsprechend den Bestimmungen der GOÄ werden die vom Labor erbrachten Leistungen den **Patienten** grundsätzlich **direkt in Rechnung gestellt**. Mit der Durchführung und Abrechnung der angeforderten Untersuchungen durch das Med. Labor Rosenheim sowie der dafür erforderlichen Datenverarbeitung bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschten Leistungen nicht mit meiner Krankenkasse abgerechnet werden, ich gegenüber meiner Krankenkasse auch **keinen** Anspruch auf Kostenerstattung habe.

Datum , Unterschrift der Patientin: _____

Laboruntersuchungen:

- ☐ CRP (Serum) – **11,66€**
- ☐ Bilirubin (Serum) - **2,33 €**
- ☐ B-Steptokokken (Abstrich mit Medium) – **14,57 €**
- ☐ Folsäure (Serum) **14,57 €**
- ☐ Gerinnung (Quick, PTT) (Citrat) **6,99 €**
- ☐ HBA1c (EDTA) **14,57 €**
- ☐ Leberwerte (GOT,GPT, GGT) (Serum) je **2,33 €**
- ☐ Toxoplasmose Serologie IgG + falls pos. IgM (Serum) je **20,40 €**
- ☐ Transferrin (Serum) **5,83 €**
- ☐ TSH (Serum) **14,57 €**
- ☐ fT3, fT4 (Serum) je **14,57 €**
- ☐ Vit B2 (EDTA) **33,22 €**
- ☐ Vit B6 (EDTA) **33,22 €**
- ☐ Vit B12 (Serum) **14,57 €**
- ☐ Vit D3 (Serum) **27,98 €**
- ☐ Zytomegalie IgG + falls pos. IgM (Serum) **13,99 € + ggf. 17,49 €**

Sonstige Angaben: