

AOK	LKK	BKK	IKK	VDAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			



Kinderwunschzentrum Mittelrhein

Gemeinschaftspraxis

Fachärzte für Frauenheilkunde
Schwerpunkt Reproduktionsmedizin und
Gynäkologische Endokrinologie

Dr. med. Josef Beran
Dr. med. Birgit Müller

Zentrum Neuwied
Marktstraße 83
56564 Neuwied
Fon +49 (0) 26 31/ 39 68 - 0
Fax +49 (0) 26 31/ 39 68 - 29

Zweigstelle Koblenz
Neustadt 8
56068 Koblenz
Fon +49 (0) 261/ 97 37 45 - 0
Fax +49 (0) 261/ 97 37 45 - 29

info@kinderwunsch-mittelrhein.de
www.kinderwunsch-mittelrhein.de

QM Eingeführtes Qualitätsmanagement
nach DIN EN ISO 9001 (2000)

Untersuchungsauftrag

Entnahme vom: _____ Vorbefund: _____

Kasse (Überweisung) Privat IGEL
bitte eine Laborüberweisung beifügen!

Vertragsarztstempel und Unterschrift überw. Arzt

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hirsutismus/Hyperandrogenämie | <input type="checkbox"/> Lutealinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> PCO Syndrom | <input type="checkbox"/> Kinderwunsch |
| <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Sterilität (<input type="checkbox"/> prim./ <input type="checkbox"/> sek.) |
| <input type="checkbox"/> Amenorrhoe (<input type="checkbox"/> prim./ <input type="checkbox"/> sek.) | <input type="checkbox"/> _____ SSW <input type="checkbox"/> Mehrlinge |
| <input type="checkbox"/> Oligomenorrhoe (> 35 Tage) | |
| <input type="checkbox"/> V. a. Perimenopause | <input type="checkbox"/> Befund eilt |
| <input type="checkbox"/> Klimakterisches Syndrom | <input type="checkbox"/> bitte FAX, Nr.: _____ |

Klinische Angaben:

LR: _____ ZT: _____ Gewicht: _____ kg Größe _____ cm

Diagnose, Fragestellung, Medikation:

Profile

Kosten GOÄ (2008) 1,15 fach

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> 1 Basisdiagnostik Kinderwunsch E2, Progesteron, Prolaktin, LH, FSH, TSH, FT3, FT4, FAI = Testosteron + SHBG, DHEA-S, Chlamydien-IgA + IgG, SpAK, HbsAG, HCV, HIV, Röteln-IgG | 356,60 € |
| <input type="checkbox"/> 2 Hyperandrogenämie LH, FSH, FAI = Testosteron + SHBG, Androstendion, 17 α OH-Progesteron | 134,06 € |
| <input type="checkbox"/> 3 PCO E2, Progesteron, LH, FSH, FAI = Testosteron + SHBG, DHEA-S, Androstendion, 17 α OH-Progesteron | 204,44 € |
| <input type="checkbox"/> 4 Klimakterium E2, FSH, LH | 56,98 € |
| <input type="checkbox"/> 5 Amenorrhoe E2, Prolaktin, LH, FSH, FAI = Testosteron + SHBG, DHEA-S, Androstendion, TSH, β HCG | 214,50 € |
| <input type="checkbox"/> 6 Follikelstimulation E2, LH, Progesteron | 63,68 € |
| <input type="checkbox"/> 7 Lutealphase (ca. 21 ZT) E2, Progesteron | 46,92 € |
| <input type="checkbox"/> 8 ACTH-Test: (3 x BE) 0 Min. (basal): Testo., Cort., Andro., DHEA-S, 17 α OH Synacthen 1 Amp. i.v. -> n. 30 Min.: Cortisol, 17 α OH-Prog. -> n. 60 Min.: Cortisol, 17 α OH-Prog. | 191,04 € |

Parameter

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> E2 (17 β Östradiol) | <input type="checkbox"/> PSA |
| <input type="checkbox"/> Progesteron | <input type="checkbox"/> DHEA-S |
| <input type="checkbox"/> Prolaktin | <input type="checkbox"/> Androstendion |
| <input type="checkbox"/> LH | <input type="checkbox"/> SHBG |
| <input type="checkbox"/> FSH | <input type="checkbox"/> 17 α OH-Progesteron |
| <input type="checkbox"/> β -HCG | <input type="checkbox"/> Chlam.-AK IgA/IgG |
| <input type="checkbox"/> freies T3 | <input type="checkbox"/> Sperma-AK |
| <input type="checkbox"/> freies T4 | <input type="checkbox"/> Röteln IgG |
| <input type="checkbox"/> TSH | <input type="checkbox"/> HbsAg |
| <input type="checkbox"/> Cortisol | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Testosteron | <input type="checkbox"/> HCV |
| <input type="checkbox"/> FAI (Testo +SHBG) | |

IGEL-Leistungen

Kosten GOÄ (2008) 1,15 fach

- | | |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG | 23,46 € |
| <input type="checkbox"/> Varicella Zoster IgG | 16,08 € |
| <input type="checkbox"/> Parvovirus IgG | 16,08 € |
| <input type="checkbox"/> AMH | 50,28 € |

Für diese Untersuchungen ist immer die Patientenunterschrift erforderlich!

Die von Ihnen gewünschten Leistungen im Zusammenhang mit einem Hormonstatus werden gemäß der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ 08) abgerechnet.

Zzgl. Versandkostenanteil nach § 10 Abs. 1/2 GOÄ 08 5,50 €

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, die Kosten des Kinderwunschzentrum Mittelrhein nach Rechnungserhalt zu begleichen.

Datum

Unterschrift Patient