



**Patientenetikett**

Name, Vorname

weiblich  
 männlich

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

**Probenentnahme**

Datum

Uhrzeit

**Wohnungsangaben**

männlich  
 weiblich

**Diagnose, Verdacht auf:**

Nur vom Labor ausfüllen!  
Tagesnummer

Antikörper - Standard April 2020

**Anforderungsschein**

# Anforderungsschein IGeL

## Antikörpertest SARS-CoV-2-AK (Covid-19, neuartiges Coronavirus)

■ Anti-SARS-CoV-2

GOÄ-Ziffer: 4389 (Faktor 1,0), 13,99€

Material: 1ml Serum (EDTA-Plasma, Lithium-Heparin-Plasma)

**Patient:innenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung medizinischer Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung:**  
Dem/der oben genannten Patient:in ist bekannt, dass die Krankenkasse, bei der er/sie versichert ist, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und sicherstellt. Die auf diesem Anforderungsschein aufgeführten Analysen unterliegen als private Vorsorgeuntersuchungen nicht der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Dennoch wünscht der/die Patient:in, dass die Ärzte des MVZ Dr. Eberhard & Partner Dortmund (ÜBAG) die auf diesem Anforderungsschein ausgewählten Gesundheitsleistungen für ihn/sie privat erbringen. Die beauftragten Laboruntersuchungen werden gemäß GOÄ zum ausgewiesenen 1,0-fachen Satz durch das Labor direkt mit dem/der Patient:in abgerechnet. Der Betrag ist in voller Höhe von dem/der Patient:in selbst zu bezahlen. Zusätzlich zu den o.g. Laborleistungen können ggf. eine Gebühr für Beratung zum 2,3-fachen GOÄ-Satz sowie die Blutentnahme zum 1,8-fachen Satz durch den behandelnden Arzt abgerechnet werden.

**Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht:**  
Hiermit entbindet der/die o.g. Patient:in, das MVZ Dr. Eberhard und Partner Dortmund (ÜBAG) zum Zwecke einer telefonischen Befundmitteilung, von der ärztlichen Schweigepflicht. Dem/der Patient:in ist bekannt, dass diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

X

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Patient:in

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift behandelnde/r Ärztin/Arzt - Praxisstempel



0008 0284 01

