

Name, Vorname, Adresse der Patientin / des Patienten <hr/> <hr/> <hr/> Geburtsdatum <hr/>	<p><b>MVZ Labor PD Dr. Volkmann &amp; Kollegen GbR</b>          Kriegsstraße 99          76133 Karlsruhe          Telefon 0721-8 50 00-0          www.laborvolkmann.de</p> <hr/> <p><b>Praxis Frau Dr. med. S. Lauer</b>  <b>Fachärztin für Allgemeinmedizin</b>          Pirnasenser Straße 24-26 - 67655 Kaiserslautern          Telefon: 0631-3577586</p>
--	--

4331

**IGeL (Individuelle Gesundheitsleistung)**

**Veggie-Profil:** *Material: 1 x Serum, 1 x EDTA-Blut 1x Serum lichtgeschützt, 1x Serum gekühlt*

**Profil 13**

Großes Blutbild	GOÄ 3550/3551:	4,67 €	Zink*	GOÄ 4135:	5,25 €
Vitamin D3*	GOÄ 4138:	27,98 €	Calcium	GOÄ 3555:	2,33 €
Vitamin B12*!!!***/*	GOÄ 4140:	14,57 €	Eiweiß ges.	GOÄ 3573H1:	1,75 €
Eisen	GOÄ 3620:	2,33 €			

**2. Blutentnahme aus der Vene:** \_\_\_\_\_ €  
(Blutentnahme gem. GOÄ 250: 4,20 €)

**3. Beratung:** \_\_\_\_\_ €  
(Beratung < 10 Min. gem. GOÄ 1: 10,72 €,  
Beratung > 10 Min. gem. GOÄ 3: 20,10 €)

**4. Untersuchung**  
Ziffer 5 GOÄ \_\_\_\_\_ €  
Ziffer 7 GOÄ \_\_\_\_\_ €

Gesamtbetrag **Individuelle Ges. Leistung** \_\_\_\_\_ €

!!!Material \*\*\*\* lichtgeschützt, \* Rechnung wird vom MVZ Labor PD Dr. Volkmann & Kollegen GbR gestellt

**Einverständniserklärung**

Ich wurde darüber informiert, dass die hier aufgeführten ärztlichen Leistungen unter den vorliegenden Gegebenheiten nicht zum Leistungskatalog meiner Krankenversicherung gehören, sondern dass es sich um sog. Individuelle Gesundheitsleistungen handelt. Ich werde die Kosten der angeforderten Leistungen selbst bezahlen. Die Gebühren werden auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet. Ich bin damit einverstanden, dass meine Ärztin die von mir gewünschten Analysen im MVZ Labor PD Dr. Volkmann und Kollegen GbR erbringen lässt.

Kaiserslautern,

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift der Patientin/des Patienten