

Kostenübernahmeerklärung

für „ALEX² IgE-Allergenprofil“

als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen ausführlich aus. Die gekennzeichneten Felder (*) sind Pflichtfelder!

PATIENTENINFORMATION

FRAGEN ZUM PATIENT

Name, Vorname: *
Geburtsdatum:*
Anschrift: *

Kostenübernahmeerklärung*

Hiermit bestätige ich als Rechnungsempfänger die Übernahme der Kosten für die Bestimmung des „ALEX-IgE-Allergenprofil“. Mir ist bekannt, dass diese Untersuchung nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist und außerhalb der Zuständigkeit der gesetzl. Krankenversicherung erbracht und abgerechnet wird. Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte. Die entstehenden Untersuchungskosten ggf. zzgl. Versandkosten werden mir als o. g. Rechnungsempfänger direkt in Rechnung gestellt.

IGeL (Selbstzahler): 189,41 € Soll der Befund in einer anderen Sprache erstellt werden? (24 verschiedene Sprachen verfügbar)
 Privat : 217,82 € Ja, in _____ Nein

Datum: _____ Unterschrift: _____

BESTEHEN ODER BESTANDEN FOLGENDE KRANKHEITSERSCHEINUNGEN?

Nesselsucht, Quaddeln, Hautrötungen, Juckreiz an den Lippen, Augen, im Rachen etc.?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schwellungen der Augen, im Mundbereich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Häufiger Husten, Reizhusten, Bronchitis?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Pfeifen und Röcheln in den Bronchien, Atembeklemmungen, Altemnot, Asthma?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Häufiger Schnupfen, verstopfte Nase, Niesanfalle, Augentränen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Häufige Bauchschmerzen, Erbrechen, Durchfall?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind die Beschwerden zu bestimmten Jahreszeiten oder in bestimmten Monaten am schlimmsten? (z. B. Sommer oder Mai, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja, im _____	<input type="checkbox"/> Nein
Treten die Beschwerden an bestimmten Orten vermehrt auf? (z. B. Haus, Garten, Scheune, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja, im _____	<input type="checkbox"/> Nein
Treten die Beschwerden bei bestimmten Tätigkeiten auf? (z. B. Sport, Gartenarbeit, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja, bei _____	<input type="checkbox"/> Nein
Bestehen regelmäßige Tierkontakte? (z. B. Hund, Katze, Pferd, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja, _____	<input type="checkbox"/> Nein
Treten Beschwerden beim Verzehr bestimmter Nahrungsmittel auf? (z. B. Milch, Ei, Nüsse, Fische, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja, bei _____	<input type="checkbox"/> Nein