

Kostenübernahmeerklärung für „ALEX IgE-Profile“

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 unten gewählten „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.

ALEX³ IgE-Allergenprofil (300 Allergene)	ALEXfood IgE-Nahrungsmittel-Profil (58 Allergene)	ALEXair IgE-Inhalations-Profil (58 Allergene)
<input type="checkbox"/> IGeL (Selbstzahler) 247,69€	<input type="checkbox"/> IGeL (Selbstzahler) 145,70€	<input type="checkbox"/> IGeL (Selbstzahler) 145,70€
<input type="checkbox"/> Privat 284,84€	<input type="checkbox"/> Privat 167,60€	<input type="checkbox"/> Privat 167,60€

Datum: _____ Unterschrift: _____

BESTEHEN ODER BESTANDEN FOLGENDE HÄUFIGE/REGELMÄßIGE SYMPTOME? (BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN)				
HAUT				
<input type="checkbox"/> Nesselsucht	<input type="checkbox"/> Quaddeln	<input type="checkbox"/> Rötungen	<input type="checkbox"/> Juckreiz	<input type="checkbox"/> Keine
NASE				
<input type="checkbox"/> Schnupfen	<input type="checkbox"/> verstopfte Nase	<input type="checkbox"/> Niesanfälle		<input type="checkbox"/> Keine
AUGEN				
<input type="checkbox"/> geschwollen	<input type="checkbox"/> rot	<input type="checkbox"/> juckend	<input type="checkbox"/> tränend	<input type="checkbox"/> Keine
LUNGE				
<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Bronchitis/Asthma	<input type="checkbox"/> pfeifende Atmung	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Keine
VERDAUUNG				
<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Vollgefühl	<input type="checkbox"/> Keine
Sind die Beschwerden zu bestimmten Jahreszeiten am Schlimmsten?				
<input type="checkbox"/> Frühjahr	<input type="checkbox"/> Sommer	<input type="checkbox"/> Herbst	<input type="checkbox"/> Winter	<input type="checkbox"/> Nein
Treten die Beschwerden an bestimmten Orten auf?				
<input type="checkbox"/> draußen	<input type="checkbox"/> drinnen	<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> Nein
Bestehen regelmäßige Tierkontakte?				
<input type="checkbox"/> Katzen	<input type="checkbox"/> Hunde	<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> Nein
Treten die Beschwerden beim Verzehr bestimmter Nahrungsmittel auf?				
<input type="checkbox"/> _____				<input type="checkbox"/> Nein
Sonstige Angaben:				