

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.?

☐ Ja

☐ Nein

Schwellungen der Augen, im Mundbereich?

☐ Ja

☐ Nein

Häufiger Husten, Reizhusten, Bronchitis?

☐ Ja

☐ Nein

Pfeifen und Röcheln in den Bronchien, Atembeklemmungen, Atemnot, Asthma?

☐ Ja

☐ Nein

Häufiger Schnupfen, verstopfte Nase, Niesanfälle, Augentränen?

☐ Ja

☐ Nein

Häufige Bauchschmerzen, Erbrechen, Durchfall?

☐ Ja

☐ Nein

Sind die Beschwerden zu bestimmten Jahreszeiten oder in bestimmten Monaten am schlimmsten? (z. B. Sommer oder Mai, etc.)

☐ Ja, im _____

☐ Nein

Treten die Beschwerden an bestimmten Orten vermehrt auf? (z. B. Haus, Garten, Scheune, etc.)

☐ Ja, im _____

☐ Nein

Treten die Beschwerden bei bestimmten Tätigkeiten auf? (z. B. Sport, Gartenarbeit, etc.)

☐ Ja, bei _____

☐ Nein

Bestehen regelmäßige Tierkontakte? (z. B. Hund, Katze, Pferd, etc.)

☐ Ja, _____

☐ Nein

Treten Beschwerden beim Verzehr bestimmter Nahrungsmittel auf? (z. B. Milch, Ei, Nüsse, Fische, etc.)

☐ Ja, bei _____

☐ Nein