

.....  
Vertragspartnernummer

.....  
Name

- Ärztin(Arzt für Allgemeinmedizin)  
 Fachärztin/Facharzt für Kinder-u. Jugendheilkunde

.....  
Straße

.....  
PLZ Ort

.....  
Ort, Datum

Österreichische Gesundheitskasse  
Josef Pongratz-Platz 1  
A-8010 Graz

## **Erweiterte Laborleistungen für § 2-Kassen**

Ich gebe bekannt, dass ich nachfolgend bezeichnete Laboruntersuchungen durchführen werde und ersuche um deren Verrechnung im Sinne der hierfür geltenden Sonderbestimmungen und Erläuterungen.

- I. Für die Laboruntersuchungen steht(en) mir nachfolgende(s) Gerät(e) zur Verfügung.

Meine Apparatur entspricht den folgenden Mindestnormen der Gesellschaft für klinische Chemie für Laboreinrichtungen:

1. Zentrifuge
2. Photometer
  - a) viereckige Küvetten
  - b) einwandfreies monochromatisches Licht (entweder Interferenzfilter oder Monochromator, wobei in beiden Fällen eine Halbwertsbreite von weniger als 10 mm erforderlich ist)
  - c) temperierbare Küvettenhalter, wenn Enzymaktivitäten gemessen werden.

- II. Von wem werden die Laboruntersuchungen durchgeführt:

.....

- III. Sollte ein anderes als das angeführte Gerät in Betrieb genommen werden, so ist dies umgehend den Krankenversicherungsträgern und der Ärztekammer bekanntzugeben!

	Pos.	Laborleistung	Herstellerfirma / Type / Baujahr
<input type="checkbox"/>	031	Blutzucker-Belastungskurve oder -Tagesprofil (mindestens drei Blutzucker- und Harnzuckerbestimmungen, qual. und quant., o-Toluidin oder enzymatisch)	
<input type="checkbox"/>	032	Harnstoff-, Harnstoff-Stickstoff (BUN-Blood Urea Nitrogen)- oder RN-(Reststickstoff)-Bestimmung, quant.i.S. (photometrisch)	
<input type="checkbox"/>	033	Thymoltrübungsreaktion	
<input type="checkbox"/>	034	Gesamtbilirubin i.S.	
<input type="checkbox"/>	035	Harnsäure	
<input type="checkbox"/>	036	Kreatinin quant. i. S.	
<input type="checkbox"/>	037	Gesamtcholesterin quant.i.S.	
<input type="checkbox"/>	038	HDL-Cholesterin und/oder LDL-Cholesterin (Berechnung)	
<input type="checkbox"/>	040	Alpha-Amylase (Diastase) quant.i.S. (photometrisch)	
<input type="checkbox"/>	041	GOT (Glutamat-Oxalacetat-Transaminase (UV-Test)	
<input type="checkbox"/>	042	GPT (Glutamat-Pyruvat-Transaminase) (UV-Test)	
<input type="checkbox"/>	043	Saure Phosphatase, gesamt oder tartratgehemmt, quant.i.S.	
<input type="checkbox"/>	044	Alkalische Phosphatase quant.i.S. (UV-Test)	
<input type="checkbox"/>	045	CK (Creatin-Kinase) (UV-Test)	
<input type="checkbox"/>	046	Gamma-GT (Gamma-Glutamyl-Transferase)	
<input type="checkbox"/>	050	Thrombotest oder Quicktest oder PTZ	

.....  
 Unterschrift und Stempiglie  
 des Vertragsarztes

Erledigungsvermerk der Ärztekammer für Steiermark:

Erledigungsvermerk der Österreichischen Gesundheitskasse: