

Universitätsklinikum Dresden, Carl Gustav Carus

Zentrum für klinische Neurowissenschaften

Leiter: Prof. Dr. med. T. Ziemssen

Neuroimmunologisches Labor

Leiter: Prof. Dr. med. K. Akgün

Universitätsklinikum · Neurologie · Fetscherstr. 74 · 01307 Dresden



Anforderungsschein Neurofilament

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Datum der Abnahme: _____

Anfordernde(r) Ärztin /Arzt, Adresse: _____

Privatpat. ☐ IGEL ☐ (bitte Rückseite ausfüllen)

Fragestellung: _____

☐ Neurofilament ☐ Sonstiges: _____

Muss für die Befundung dringend ausgefüllt werden:

Größe (m): _____ Gewicht (kg): _____ BMI kg/(m)²: _____

Diagnose: _____

Aktuelle Medikation: _____

Sonstiges: _____

Material: _____

☐ Serum ☐ Liquor ☐ Sonstiges

Auszufüllen vom NIL:

☐ Probe gemessen ☐ Befundbericht erstellt und verschickt

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

Hausanschrift:
Fetscherstraße 74
01307 Dresden



Vorstand:
Prof. Dr. med. Uwe Platzbecker
(Medizinischer Vorstand, Sprecher),
Janko Haft
(Kaufmännischer Vorstand)

Vorsitzender des
Aufsichtsrates:
Thomas Lemke

Bankverbindungen:
Commerzbank
IBAN DE68 8508 0000 0509 0507 00
BIC DRES DE FF 850

Ostsächsische Sparkasse Dresden
IBAN DE78 8505 0300 3120 1377 81
BIC OSDD DE 81

Deutsche Kreditbank AG
IBAN DE78 1203 0000 0011 2073 70
BIC BYLADEM1001

UST-IDNr.: DE 140 135 217
UST-Nr.: 203 145 03113

Neurofilamentbestimmung für stationäre Patienten in auswärtigen Krankenhäusern

Für die Neurofilamentbestimmung berechnen wir auf der Grundlage des DKG-NT nachfolgende Leistungen und Preise:

<u>Leistung</u>	<u>Anzahl</u>	<u>Ziffer</u>	<u>Faktor</u>	<u>Betrag</u>
☐ Neurofilamentbestimmung analog § 6 (2GOÄ)	1	4070		62,12 €
☐ Beratung	1	1		7,64 €
☐ Ausführlicher Befundbericht	1	75		12,42 €

Die Gesamtkosten betragen: 82,18 €

Bei Beauftragung der Untersuchung bitten wir um
Angabe der Patientendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse) sowie um
Informationen zum Auftraggeber (Krankenhaus/Station/Arzt)

Angaben zum Patient

Ort, Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin/ Stempel