

SARS-CoV-2 Antikörper IgG / IgA

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

ab sofort besteht die Möglichkeit, mit einem Antikörpertest eine durchgemachte SARS-CoV-2 - Infektion nachzuweisen.

Wir können diese Untersuchung über SARS-CoV-2- IgG und -IgA Antikörper im Serum durchführen. Da es sich um ein erst seit einigen Monaten bekanntes Virus handelt und dem entsprechend wenig über das Virus und seine Immunität bekannt ist, sollten Sie folgende Hinweise beachten:

Die Antikörperbildung setzt vermutlich bis zum 10. Tag nach Symptombeginn ein, bei IgA evtl. etwas früher.

Es werden folgende Einsatzgebiete für die Serologie beschrieben:

- Rückverfolgung von Infektionsketten
- Entscheidungshilfen zur Entlassung von Patienten aus medizinischer Sicht
- Identifikation des Kontaktes mit dem Erreger bzw. einer zurückliegende Infektion
- Epidemiologische Untersuchungen in der Bevölkerung

Zur Diagnose einer frischen Infektion ist der Antikörpernachweis also nicht geeignet. Eine Aussage über eine durch die Antikörper bedingte sichere Immunität steht noch aus.

Erste Forschungsergebnisse (Bao et al. 2020 und Okba et al. 2020) sind zwar ermutigend, aber lange noch nicht eindeutig. Im Laufe des Jahres werden sich sicher immer wieder neue Erkenntnisse einstellen (angekündigte Studie der Helmholtzgesellschaft mit 100.000 Teilnehmern) und evtl. die Beurteilung ändern.

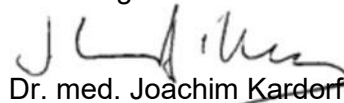
Erschwerend kommt eine möglich Verfälschung des Testergebnisses durch Kreuzreaktionen mit anderen Infektionen oder Erkrankungen (z. B. Antikörper gegen andere Coronaviren, Antikörper gegen Influenza (auch nach Impfung), akute EBV-Infektionen, bakterielle Pneumonien, positive Rheumafaktoren und Autoantikörper) dazu. Eine Beurteilung der Testergebnisse kann letztendlich nur durch die Berücksichtigung einer genauen Anamnese und der entsprechenden Klinik erfolgen.

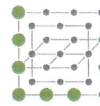
Als Untersuchungsmaterial benötigen wir mind. 1ml Serum.

Da diese Leistungen noch nicht im EBM aufgenommen wurden, werden diese bisher nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen und sind daher Selbstzahlerleistungen. Die Kosten betragen 34,98 EUR (2x 4400 GOÄ) für IGeL-Patienten und 40,22 EUR zzgl. Auslagen §10 GOÄ für privatversicherte Patienten für beide Antikörper. Den IGeL- Anforderungsschein finden Sie als Kopiervorlage auf der Rückseite, für Privatversicherte nutzen Sie bitte unseren herkömmlichen Privatauftragsschein.

Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit kollegialen Grüßen


Dr. med. Joachim Kardorf-Kovacs
-Facharzt für Laboratoriumsmedizin-



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett
einkleben!

Praxisstempel

LABORAUFTRAG IGeL Corona-Virus AK

Abnahmedatum						Abnahmezeit				Geschlecht		Eilt/FAX
T	T	M	M	J	J	h	h	m	m	W	M	

Untersuchungsauftrag SARS-CoV-2-IgG und IgA - Antikörper
GOÄ 2x4400 34,98 EUR

Angaben zum Krankheitsverlauf

Für statistische Datenerhebungen, bitten wir Angaben zum Krankheitsverlauf anzugeben. Diese Daten werden anonymisiert ausgewertet.

Wurde bereits eine PCR durchgeführt? ja, am ____ . ____ . ____ nein

Ergebnis positiv

Datum 1. Tag mit Symptomen: ____ . ____ . ____

Schweregrad der Symptome:

keine
 leicht
 mittel
 schwer

Max. Fiebertemperatur ____ Grad

Sonstige akute Erkrankungen (s. Kreuzreaktionen)

Einwilligungserklärung
Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten zum Zweck der Untersuchung von labormedizinischen Parametern an Auftragslaboratorien durch den behandelnden Arzt und die mit den Laborleistungen beauftragte Praxis für Labormedizin und Mikrobiologie einverstanden.

Ort, Datum _____ Unterschrift Patient/in oder gesetzliche(r) Vertreter/in _____

Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die im Zusammenhang mit den o. g. Leistungen erhobenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungs- und Untersuchungsdaten bzw. -verläufe sowie - soweit von mir angegeben - freiwillige Angaben) zum Zweck der Abrechnung sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzugs an den Kölner Abrechnungsdienst Heiartz & Vogel oHG, Flachsweg 2, 50933 Köln weitergegeben und - sofern erforderlich - zum Zweck der Einholung von Bonitätsinformationen an eine Auskunftstelle und zum Zweck der außergerichtlichen und/oder gerichtlichen Geltendmachung der Forderung an ein Inkassounternehmen und/oder einen Rechtsbeistand weitergeleitet werden. Den behandelnden Arzt entbinde ich seiner ärztlichen Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus künftigen Behandlungen/Untersuchungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift Patient/in oder gesetzliche(r) Vertreter/in _____