

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

Auftragsnummer des Labors



Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

 Rechnung an Patient

 Rechnung an Praxis

Laboranforderungen: Sexuell übertragbare Krankheiten

ERKLÄRUNG DES PATIENTEN:

Die von mir gewünschten Laborleistungen gehören nicht zum Leistungskatalog meiner Krankenkasse.

Ich wünsche die Laborleistungen dennoch und bin damit einverstanden, dass mir das Labor die unten genannten Kosten zusammen mit den Leistungen des überweisenden Arztes (z.B. Blutentnahme, Beratung) in Rechnung stellt.

Datum, Unterschrift

Ärztl. Leistungen (GOÄ 2,3-fach)

<input type="radio"/>	Ärztl. Beratung < 10 Minuten	10,73
<input type="radio"/>	Ausführliche ärztl. Beratung > 10 Minuten	20,11
<input type="radio"/>	Blumentnahme	4,50
<input type="radio"/>	Abstrichentnahme	5,36

Labor-Leistungen (GOÄ 1,0-fach)

Einzelanalysen

aus Blut(Serum)

<input type="radio"/>	HIV	17,49
<input type="radio"/>	Hepatitis B (HBSAG)	14,57
<input type="radio"/>	Hepatitis C (HCV)	23,31
<input type="radio"/>	TPHA (Treponema pallidum Suchtest) – Syphilis	13,41

aus Abstrich oder Erststrahlurin

<input type="radio"/>	Chlamydia trachomatis	36,00
<input type="radio"/>	Neisseria gonorrhoeae	36,00
<input type="radio"/>	Urogenitale Mykoplasmen	40,00
<input type="radio"/>	Trichomonas vaginalis	14,57

nur Abstrich

<input type="radio"/>	Humanes Papillomavirus (HPV)	49,54
<input type="radio"/>	Herpes simplex Virus I+II	93,26

Profile

STD-Profil klein(58,00 Euro)
nur aus Vaginal- oder Cervikal-
abstrich

- Chlamydien
- Gonorrhoe
- Myko-/Ureaplasmen
- Trichomonaden
- HSV I + II
- H.ducreyi

STD-Profil groß(85,00 Euro)
Blut (Serum) +
Vaginal- oder Cervikalabstrich
**entspricht STD-Profil klein
plus:**

- HIV-Antikörper
- Hepatitis B/C
- Syphilis