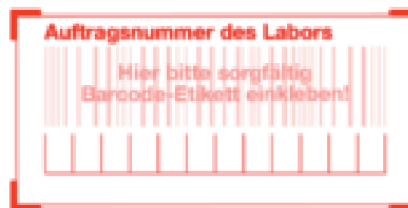


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



- ☐ Rechnung an Patient
☐ Rechnung an Praxis



Praxisstempel/ Einsender

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)

☐	Ärztl. Beratung < 10 Minuten	10,73
☐	Ausführliche ärztl. Beratung > 10 Minuten	20,11
☐	Blutentnahme	4,50
☐	Abstrichentnahme	5,36

Labor-Leistungen (GOÄ 1,15-fach)

Einzelanalysen

aus Blut (Serum)

☐	HIV	20,11
☐	Hepatitis B (HBSAG)	16,76
☐	Hepatitis C (HCV)	26,81
☐	TPHA (Treponema pallidum Suchtest) – Syphilis	15,42

aus Abstrich oder Erststrahlurin

☐	Chlamydia trachomatis	33,52
-----------------------	-----------------------	-------

nur Abstrich

☐	Humanes Papillomavirus (HPV)	93,85
-----------------------	---------------------------------	-------

Profile

☐ **STD-Profil: 93,85 Euro**
nur aus Vaginal- oder
Cervikalabstrich

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

☐ **STD-Profil 129,38 Euro
mit Serologie**
Blut (Serum) +
Vaginal- oder Cervikalabstrich
entspricht STD-Profil

plus:

- HIV-Antikörper
- Hepatitis B/C
- Syphilis