

Selbstzahler (IGel.-Leistung)

Name, Vorname, Adresse:

Geburtsdatum:

BARCODE



HAUPTSTADTLABOR

Quartal:

Geschlecht:

ANFORDERUNGSSCHEIN STI-MULTIPLEX-PCR

Sollten Symptome vorliegen, bitte hier vermerken:

Vertragsarztstempel/ Unterschrift überw. Arzt

Anforderung STI-Multiplex-PCR Panel

(Preis pro Panel: 52,46€)

Panel 1 Screening (MG1)

Chlamydia trachomatis
Neisseria gonorrhoeae
Mycoplasma genitalium
Mycoplasma hominis
Trichomonas vaginalis
Ureaplasma urealyticum
Ureaplasma parvum

Panel 2 Genital Ulcer (MG2)

Herpes simplex virus type 1
Herpes simplex virus type 2
Cytomegalievirus (CMV)
Varizella zoster virus
LGV (C.trachomatis Serovar L)
Treponema pallidum
Hämophilus ducreyi

Panel 3 Candidose (MG3)

Candida albicans
Candida glabrata
Candida tropicalis
Candida parapsilosis
Candida krusei
Candida lusitanae
Candida dubliniensis

Entnahmeort Abstrich 1:

Entnahmeort Abstrich 2:

Weitere Anforderungen

HPV PCR Abstrich* 52,46€

HIV-Screening (1/2) plus p24 Serum 17,49€

Hepatitis B (HBsAG) Serum 14,57€

Lues Suchtest Serum 13,41€

*separater Abstrich HPV (E-Swab) unter leichter Epithelläsion von verdächtiger Hautstelle bzw. der gesamten Glans penis (Mann)/ Portio inkl. Zervixkanal (Frau)

Patientenerklärung:

Ich bin mit der Weitergabe meiner persönlichen Daten zur Probenbearbeitung und Rechnungsstellung an das Hauptstadtlabor einverstanden. Ich bin darüber informiert worden, dass die von mir gewünschten ärztlichen Leistungen nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Hinzu kommen Material-/Transport-/Versand-Gebühren nach §10 GOÄ in der Höhe von 4,50 €. Die hier von mir angegebenen Daten sind richtig und aktuell.

Datum:

Unterschrift des Patienten: