

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: