

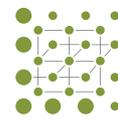
Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum



**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Zyklustag

SSW

Größe cm

Gewicht kg

Quartal

Geschlecht

EILT/FAX

Abnahmedatum

Abnahmezeit

# LABORAUFTRAG Gyn-IGeL

Infektiologie	Preis (€)
<input type="checkbox"/> Aufkleber für Mutterpass erwünscht	
<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis PCR	Apt 99,09
<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis IgG	V 16,90
<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis IgA	V 16,90
<input type="checkbox"/> Gonokokken PCR	Apt 99,09
<input type="checkbox"/> Cytomegalie IgG	V 13,99
<input type="checkbox"/> Cytomegalie IgM	V 17,49
<input type="checkbox"/> EBV-Ak	V 52,47
<input type="checkbox"/> Hepatitis B Anti-HBc	V 17,49
<input type="checkbox"/> Hepatitis Bs-Antigen (HBsAg)	V 14,57
<input type="checkbox"/> Hepatitis B-Impfiter (anti-HBs)	V 13,99
<input type="checkbox"/> Hepatitis C (Ag/Ak)	V 23,31
<input type="checkbox"/> Herpes Simplex 1/2 PCR	eNAT/U 198,18
<input type="checkbox"/> Herpes Simplex 1/2 Serologie	V 27,98
<input type="checkbox"/> HIV Ag/Ak-Test	V 17,49
<input type="checkbox"/> HIV PCR	ED2 145,72
<input type="checkbox"/> Masern IgG	V 13,99
<input type="checkbox"/> Masern IgM	V 38,47
<input type="checkbox"/> Mumps IgG	V 13,99
<input type="checkbox"/> Mumps IgM	V 38,47
<input type="checkbox"/> Parvovirus B19 IgG	V 13,99
<input type="checkbox"/> Parvovirus B19 IgM	V 17,49
<input type="checkbox"/> Pertussis / Parapertussis PCR	AB 64,12
<input type="checkbox"/> Pertussis IgG	V 20,40
<input type="checkbox"/> Pertussis IgA	V 20,40
<input type="checkbox"/> Röteln IgG	V 13,99
<input type="checkbox"/> Röteln IgM	V 17,49
<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 RNS (PCR)	AB 64,11
<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 S <sub>1</sub> -Ak	V 17,49
<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 NCP-Ak	V 17,49
<input type="checkbox"/> STI-Multiplex-PCR (siehe Rückseite)	U 75,76
<input type="checkbox"/> TORCH (Röteln IgG & IgM, Toxoplasmose IgG, Cytomegalie IgG & IgM, Herpes Simplex 1/2 IgG & IgM)	V 55,64
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG	V 20,40
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgM	V 20,40
<input type="checkbox"/> TP-Suchtest (Lues)	V 13,41
<input type="checkbox"/> Varizella Zoster IgG	V 13,99
<input type="checkbox"/> Varizella Zoster IgA	V 13,99
<input type="checkbox"/> Varizella Zoster IgM	V 38,47

Schwangerschaft	Preis (€)
<input type="checkbox"/> β-HCG	V 14,57
<input type="checkbox"/> Glucose-Screening, 50g Glucose	EXG 2,33
<input type="checkbox"/> oGTT, 75g Glucose	3x EXG 6,99
<input type="checkbox"/> Präeklampsie-Diagnostik (sFLt-1, PlGF)	V 87,44
<input type="checkbox"/> Fetalen Rhesusfaktor aus mütterlichem Blut	ED2, EW 148,56
<input type="checkbox"/> PreNata NIPT (Abnahmekit anford.)	SP, EW Preis nach gewünschtem Leistungsumfang
<input type="checkbox"/> Ersttrimester-Screening (nur SSW 11+0 bis 13+6)	V, EW 28,17

Vitamine + Spurenelemente	Preis (€)
<input type="checkbox"/> Biotin (Vitamin H)	V 20,40
<input type="checkbox"/> Vitamin A	V 20,98
<input type="checkbox"/> Vitamin B1	ED 33,22
<input type="checkbox"/> Vitamin B2	V 33,22
<input type="checkbox"/> Vitamin B6	V 33,22
<input type="checkbox"/> Vitamin B12	V 14,57
<input type="checkbox"/> Vitamin C	V 33,22
<input type="checkbox"/> 25 OH-Vitamin D3	V 33,22
<input type="checkbox"/> 1,25 OH-Vitamin D3	V 29,14
<input type="checkbox"/> Vitamin E	V 20,98
<input type="checkbox"/> Folsäure	V 14,57
<input type="checkbox"/> Ferritin	V 14,57
<input type="checkbox"/> Coenzym Q10	V 33,22
<input type="checkbox"/> Calcium	V 2,33
<input type="checkbox"/> Magnesium	V 23,90
<input type="checkbox"/> Selen	V 23,90
<input type="checkbox"/> Zink	V 5,25

Tumormarker	Preis (€)
<input type="checkbox"/> CA15-3	V 26,23
<input type="checkbox"/> CA19-9	V 17,49
<input type="checkbox"/> CA72-4	V 26,23
<input type="checkbox"/> CA125	V 17,49
<input type="checkbox"/> CEA	V 14,57
<input type="checkbox"/> HE4	V 43,76
<input type="checkbox"/> ROMA-Index	o.B.
<input type="checkbox"/> SCC	V 26,23
<input type="checkbox"/> TPA	V 26,23

Hormonanalysen	Preis (€)
<input type="checkbox"/> 17-β-Östradiol	V 13,58
<input type="checkbox"/> FSH	V 14,57
<input type="checkbox"/> LH	V 14,57
<input type="checkbox"/> Progesteron	V 13,58
<input type="checkbox"/> 17 OH-Progesteron	V 13,58
<input type="checkbox"/> Prolaktin	V 13,58
<input type="checkbox"/> Testosteron, gesamt	V 13,58
<input type="checkbox"/> Testosteron, frei & bioverfügbar	o.B.
<input type="checkbox"/> DHEAS	V 13,58
<input type="checkbox"/> SHBG	V 17,49
<input type="checkbox"/> Androstendion	V 13,58
<input type="checkbox"/> Cortisol	V 14,57
<input type="checkbox"/> AMH	V 14,57

Schilddrüse	Preis (€)
<input type="checkbox"/> TSH	V 14,57
<input type="checkbox"/> FT <sub>3</sub>	V 14,57
<input type="checkbox"/> FT <sub>4</sub>	V 14,57
<input type="checkbox"/> TPO-Ak	V 26,23
<input type="checkbox"/> TRAK	V 21,39
<input type="checkbox"/> Thyreoglobulin-Ak	V 26,23

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Sonstiges	Preis (€)
<input type="checkbox"/> Blutgruppe	ED2 48,96
<input type="checkbox"/> Antikörpersuchtest	V 8,16
<input type="checkbox"/> Kleines Blutbild	ED 3,50
<input type="checkbox"/> Großes Blutbild	ED 4,67
<input type="checkbox"/> HPV (high+low-risk) Einzelbestimmung von 28 HPV-Genotypen	eNAT 34,98
<input type="checkbox"/> HPV (high-risk) Einzelbestimmung von 14 HPV-Genotypen (inkl. der Genotypen 16 und 18)	eNAT 17,49
<input type="checkbox"/> B-Streptokokken-Screening ohne Resistenztestung	AB 11,65
<input type="checkbox"/> B-Streptokokken-Screening mit Resistenztestung	AB 26,22
<input type="checkbox"/> Immunologischer Stuhltest (IFOBT)	8,74

Weitere Untersuchungen

Klinische Angaben

Legende	
AB:	trockener Abstrich
Apt:	Aptima-Set
ED:	EDTA-Blut
ED2:	EDTA-Blut (7,5 ml)
eNAT:	eNAT-Abstrich
EW:	Einwilligungserklärung nach GenDG
EXG:	GlucoExact
SP:	Spezialröhrchen
U:	Urin, spontan
V:	Vollblut

Entnahmematerial kann kostenfrei über unseren Materialversand bestellt werden.



099990110010

## Gynäkologisch-endokrinologische Laborprofile

		Preis (€)
<input type="checkbox"/> Adipositas und Kinderwunsch (3. ZT)	LH, FSH, 17-β-Östradiol, Progesteron, Testosteron, DHEAS, Androstendion, SHBG, AMH, Cortisol, TSH, Chlamydia trachomatis IgG, Blutzucker nü., Insulin nü., Homa-Index	192,40
<input type="checkbox"/> Amenorrhoe	LH, FSH, 17-β-Östradiol, Progesteron, Prolaktin, Testosteron, DHEAS, Androstendion, SHBG, Cortisol, AMH, fT3, fT4, TSH, β-HCG	215,53
<input type="checkbox"/> Hormonstatus Frauen Fertilitätsabklärung (3. ZT)	LH, FSH, 17-β-Östradiol, Progesteron, Prolaktin, Testosteron, DHEAS, Androstendion, SHBG, AMH, fT3, fT4, TSH, Chlamydia trachomatis IgG-Ak	203,29
<input type="checkbox"/> Galaktorrhoe (3. ZT)	LH, FSH, 17-β-Östradiol, Prolaktin, fT3, fT4, TSH	100,01
<input type="checkbox"/> Gynäkomastie	LH, FSH, 17-β-Östradiol, Testosteron, Prolaktin, TSH, β-HCG	99,02
<input type="checkbox"/> Haarausfall	LH, FSH, 17-β-Östradiol, Progesteron, Testosteron, SHBG, fT3, fT4, TSH, Ferritin, CRP, Zink, Selen, kleines Blutbild	189,96
<input type="checkbox"/> Androgenisierung / Hirsutismus (3. ZT)	LH, FSH, 17-β-Östradiol, Progesteron, Testosteron, DHEAS, SHBG, Cortisol, Androstendion	129,10
<input type="checkbox"/> HRT-Überwachung	17-β-Östradiol, Testosteron, SHBG	44,65
<input type="checkbox"/> Menopausenstatus (3. ZT)	LH, FSH, 17-β-Östradiol, Progesteron	56,30
<input type="checkbox"/> Oligomenorrhoe (3. ZT)	LH, FSH, 17-β-Östradiol, Progesteron, Prolaktin, Testosteron, DHEAS, SHBG, Androstendion, Cortisol, fT3, fT4, TSH	186,39
<input type="checkbox"/> PCO Syndrom (3. ZT)	LH, FSH, 17-β-Östradiol, Progesteron, Testosteron, DHEAS, SHBG, Androstendion, AMH, Prolaktin, Cortisol, fT3, fT4, TSH	200,96
<input type="checkbox"/> Prämenstruelles Syndrom (28. ZT)	17-β-Östradiol, Progesteron, Prolaktin, TSH	55,31
<input type="checkbox"/> Ovarielle Funktion Kinderwunsch (3. ZT)	LH, FSH, 17-β-Östradiol, Progesteron, Testosteron, DHEAS, SHBG, Prolaktin, TSH	129,10
<input type="checkbox"/> Ovarielle Funktion Kinderwunsch (12. ZT)	LH, 17-β-Östradiol, Progesteron	41,73
<input type="checkbox"/> Ovarielle Funktion Kinderwunsch (21. ZT)	17-β-Östradiol, Progesteron	27,16
<input type="checkbox"/> Schilddrüse	TSH, fT3, fT4, TPO, TRAK	91,33
<input type="checkbox"/> Hormonstatus Männer, Erektile Dysfunktion, Kinderwunsch	LH, FSH, Testosteron, SHBG, Prolaktin, TSH, Cortisol	102,93
<input type="checkbox"/> Transsexualität	LH, FSH, Testosteron, SHBG, Prolaktin, Cortisol, 17-β-Östradiol, GOT, GPT, kleines Blutbild	110,10
<input type="checkbox"/> Pubertas praecox Basisprofil weiblich	LH, FSH, 17-β-Östradiol, Progesteron	56,30
<input type="checkbox"/> Pubertas praecox Basisprofil männlich	LH, FSH, 17-β-Östradiol, Progesteron, Testosteron	69,88
<input type="checkbox"/> Pubertas praecox erweitertes Profil (weiblich)	LH, FSH, 17-β-Östradiol, Progesteron, DHEAS, Androstendion, Cortisol, SHBG	129,10
<input type="checkbox"/> Pubertas praecox erweitertes Profil (männlich)	LH, FSH, 17-β-Östradiol, Testosteron, DHEAS, SHBG, Cortisol, β-HCG	116,50

**Hinweis zur STI-Multiplex-PCR:** Folgende Erreger werden getestet: Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Ureaplasma parvum, Ureaplasma urealyticum, Herpes simplex 1/2, Cytomegalievirus (CMV), Haemophilus ducreyi, Lymphogranuloma venereum, Treponema pallidum, Varicella-zoster virus (VZV)

## Angaben für das Ersttrimesterscreening

Raucher:  ja  nein  
 Gewicht:    kg  
 Anzahl der Feten:   
 SSW nach US:     
 Anzahl d. Zigaretten:   /Tag  
 Diabetes:  ja  nein  
 Hautfarbe:  weiß  schwarz  
 CRL:    mm  
 NT:    mm

**Bitte immer die Einwilligungserklärung für molekulargenetische Untersuchungen gem. Gendiagnostikgesetz mitschicken!**

### 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.

Unterschrift Patient/in oder gesetzliche(r) Vertreter/in

### Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung

Durch meine Unterschrift wünsche ich die privatärztliche Behandlung der o.g. außervertraglichen Leistungen, die mir auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden. 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 und - sofern erforderlich - zum Zweck der Einholung von Bonitätsinformationen an eine Auskunftsei und zum Zweck der außergerichtlichen und/oder gerichtlichen Geltendmachung der Forderung an ein Inkassounternehmen und/oder einen Rechtsbeistand weitergeleitet werden. Ich bin damit einverstanden, dass ggf. einzelne Analysen an ein Kooperationslabor weitergeleitet und separat nach GOÄ in Rechnung gestellt werden. Die Verarbeitung meiner im Rahmen dieser Diagnostik anfallenden personen- und gesundheitsbezogenen Daten kann im Falle einer Weiterleitung an ein Kooperationslabor auch durch dieses erfolgen. Die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt entbinde ich diesbezüglich von ihrer oder seiner ärztlichen Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus künftigen Behandlungen und/oder Untersuchungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Unterschrift Patient/in oder gesetzliche(r) Vertreter/in

**Praxis für Labormedizin und Mikrobiologie**  
 Universitätsstraße 62  
 44789 Bochum

Telefon: 0234 - 30 77 100 / Fax: 0234 - 30 77 930 / E-Mail: info@medlab-bochum.de