

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

Abnahmedatum

T T M M J J

h h m m

Abnahmezeit

h h m m

Zyklustag

SSW

Größe

Gewicht
cm kgQuartal
Q J J

Geschlecht

EILT/FAX

LABORAUFTRAG Gyn-IGeL

Infektiologie

		Mat.	Preis (€)
<input type="checkbox"/> Aufkleber für Mutterpass erwünscht			
<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis-PCR	Apt / U	113,96	
<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis-IgG	S	19,44	
<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis-IgA	S	19,44	
<input type="checkbox"/> CMV-IgG	S	16,09	
<input type="checkbox"/> CMV-IgM	S	20,11	
<input type="checkbox"/> EBV-Ak	S	60,33	
<input type="checkbox"/> Gonokokken PCR	Apt / U	113,96	
<input type="checkbox"/> Hepatitis B Anti-HBc	S	20,11	
<input type="checkbox"/> Hepatitis Bs-Antigen (HBsAg)	S	16,76	
<input type="checkbox"/> Hepatitis B-Impffilter (anti-HBs)	S	16,09	
<input type="checkbox"/> Hepatitis C (Ag/Ak)	S	26,81	
<input type="checkbox"/> Herpes Simplex 1/2-PCR	Apt / eNAT / U	167,59	
<input type="checkbox"/> Herpes Simplex 1/2-Serologie	S	32,18	
<input type="checkbox"/> HIV-Suchtest	S	20,11	
<input type="checkbox"/> HIV-PCR	ED7	167,59	
<input type="checkbox"/> Masern-IgG	S	16,09	
<input type="checkbox"/> Masern-IgM	S	44,24	
<input type="checkbox"/> Mumps-IgG	S	16,09	
<input type="checkbox"/> Mumps-IgM	S	44,24	
<input type="checkbox"/> Parvovirus B19-IgG	S	16,09	
<input type="checkbox"/> Parvovirus B19-IgM	S	20,11	
<input type="checkbox"/> Pertussis / Parapertussis-PCR	AB	160,89	
<input type="checkbox"/> Pertussis-IgG	S	23,46	
<input type="checkbox"/> Pertussis-IgA	S	23,46	
<input type="checkbox"/> Röteln-IgG	S	16,09	
<input type="checkbox"/> Röteln-IgM	S	20,11	
<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2-PCR	AB	147,48	
<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 S1-Ak	S	20,11	
<input type="checkbox"/> STI-Multiplex-PCR (s. Rückseite)	Apt / eNAT / U	174,29	
<input type="checkbox"/> TORCH (Röteln-IgG & -IgM, Toxoplasmose-IgG, Cytomegalie-IgG & -IgM, Herpes Simplex 1/2-IgG & -IgM)	S	128,04	
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose-IgG	S	23,46	
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose-IgM	S	23,46	
<input type="checkbox"/> TP-Suchtest (Lues)	S	15,42	
<input type="checkbox"/> Varizella Zoster-IgG	S	16,09	
<input type="checkbox"/> Varizella Zoster-IgA	S	16,09	
<input type="checkbox"/> Varizella Zoster-IgM	S	44,24	

Schwangerschaft

<input type="checkbox"/> AFP	S	16,76
<input type="checkbox"/> β-HCG	S	16,76
<input type="checkbox"/> Ersttrimester-Screening (nur SSW 11+0 bis 13+6) (bitte zusätzl. Angaben auf der Rückseite ausfüllen!)	S + EW	32,40
<input type="checkbox"/> Fetaler Rhesusfaktor aus mütterl. Blut	ED7 + EW	154,18
<input type="checkbox"/> Glucose-Screening, 50g Glucose	EXG	2,68
<input type="checkbox"/> oGTT, 75g Glucose	3xEKG	8,04
<input type="checkbox"/> Präeklampsie-Diagnostik (sFLt-1, PIGF)	S	100,54
<i>Preis nach gewünschtem Leistungsumfang</i>		

Vitamine + Spurenelemente

		Mat.	Preis (€)
<input type="checkbox"/> Biotin	S	23,46	
<input type="checkbox"/> Calcium	S	2,68	
<input type="checkbox"/> Coenzym Q10	S	38,21	
<input type="checkbox"/> Ferritin	S	16,76	
<input type="checkbox"/> Folsäure	S	16,76	
<input type="checkbox"/> Magnesium	S	27,48	
<input type="checkbox"/> Selen	S	27,48	
<input type="checkbox"/> Vitamin A	S	24,13	
<input type="checkbox"/> Vitamin B1	ED	38,21	
<input type="checkbox"/> Vitamin B2	ED	38,21	
<input type="checkbox"/> Vitamin B6	ED	38,21	
<input type="checkbox"/> Vitamin B12	S	16,76	
<input type="checkbox"/> Vitamin C	S	38,21	
<input type="checkbox"/> 25 OH-Vitamin D3	S	38,21	
<input type="checkbox"/> Vitamin E	S	24,13	
<input type="checkbox"/> Zink	S	6,03	

Tumormarker

<input type="checkbox"/> CA 15-3	S	30,16
<input type="checkbox"/> CA 19-9	S	20,11
<input type="checkbox"/> CA 72-4	S	30,16
<input type="checkbox"/> CA 125	S	20,11
<input type="checkbox"/> CEA	S	16,76
<input type="checkbox"/> HE4 (inkl. ROMA-Index)	S	50,27
<input type="checkbox"/> SCC	S	30,16
<input type="checkbox"/> TPA	S	30,16

Hormonanalysen

<input type="checkbox"/> 17β-Estradiol	S	15,62
<input type="checkbox"/> AMH	S	16,76
<input type="checkbox"/> Androstendion	S	15,62
<input type="checkbox"/> Cortisol	S	16,76
<input type="checkbox"/> DHEAS	S	15,62
<input type="checkbox"/> FSH	S	16,76
<input type="checkbox"/> LH	S	16,76
<input type="checkbox"/> Progesteron	S	15,62
<input type="checkbox"/> 17 OH-Progesteron	S	15,62
<input type="checkbox"/> Prolaktin	S	15,62
<input type="checkbox"/> SHBG	S	20,11
<input type="checkbox"/> Testosteron, gesamt	S	15,62
<input type="checkbox"/> Testosteron, frei & bioverfügbar	S	45,78

Schilddrüse

<input type="checkbox"/> fT ₃	S	16,76
<input type="checkbox"/> fT ₄	S	16,76
<input type="checkbox"/> Thyreoglobulin-Ak	S	30,16
<input type="checkbox"/> TPO-Ak	S	30,16
<input type="checkbox"/> TRAK	S	24,60
<input type="checkbox"/> TSH	S	16,76

Vertragsarztsstempel / Unterschrift überw. Arzt

Sonstiges

		Mat.	Preis (€)
<input type="checkbox"/> Antikörper-Suchtest	ED7		9,38
<input type="checkbox"/> kleines Blutbild	ED		4,02
<input type="checkbox"/> großes Blutbild	ED		5,36
<input type="checkbox"/> Blutgruppenbestimmung (Bei positivem Antikörpertest erhöht sich der Preis.)	ED7		56,31
<input type="checkbox"/> HPV (high+low-risk)	eNAT		40,22
Einzelbestimmung von 28 HPV-Genotypen			
<input type="checkbox"/> HPV (high-risk)	eNAT		20,11
Einzelbestimmung von 14 HPV-Genotypen (inkl. der Genotypen 16 und 18)			
<input type="checkbox"/> Immunologischer Stuhltest (iFOBT)	iFOBT		10,05
<input type="checkbox"/> β-Streptokokken-Screening ohne Resistenztestung	eSwab		13,40
<input type="checkbox"/> β-Streptokokken-Screening mit Resistenztestung	eSwab		30,16

Weitere Untersuchungen

Klinische Angaben

Materialien

		Verwendungsbeispiele:
<input type="checkbox"/> AB:	trockener Abstrich	
<input type="checkbox"/> Apt:	Aptima-Set	
<input type="checkbox"/> CFD:	Cell-Free DNA BCT	
<input type="checkbox"/> ED:	EDTA-Blut	
<input type="checkbox"/> ED7:	EDTA-Blut (7,5 ml)	
<input type="checkbox"/> eNAT:	eNAT-Abstrich	
<input type="checkbox"/> eSwab:	eSwab-Abstrich	
<input type="checkbox"/> EW:	Einwilligungserklärung nach GenDG	
<input type="checkbox"/> EXG:	GlucoExact	
<input type="checkbox"/> S:	Serum	
<input type="checkbox"/> iFOBT:	iFOBT Probenröhrchen	
<input type="checkbox"/> U:	Urin	
3xEXG = Drei GlucoExact-Röhrchen		

Das erforderliche Entnahmematerial kann kostenfrei über unseren Materialversand bestellt werden.



099990110020

Gynäkologisch-endokrinologische Laborprofile		Mat.	Preis (€)
<input type="checkbox"/> Adipositas und Kinderwunsch (3. ZT)	LH, FSH, 17 β -Estradiol, Progesteron, Testosteron, DHEAS, Androstendion, SHBG, AMH, Cortisol, TSH, Chlamydia trachomatis IgG-Ak, Blutzucker nü., Insulin nü., Homa-Index	S + EXG	220,89
<input type="checkbox"/> Amenorrhoe	LH, FSH, 17 β -Estradiol, Progesteron, Prolaktin, Testosteron, DHEAS, Androstendion, SHBG, Cortisol, AMH, fT ₃ , fT ₄ , TSH, β -hCG	S	247,91
<input type="checkbox"/> Hormonstatus Frauen Fertilitätsabklärung (3. ZT)	LH, FSH, 17 β -Estradiol, Progesteron, Prolaktin, Testosteron, DHEAS, Androstendion, SHBG, AMH, fT ₃ , fT ₄ , TSH, Chlamydia trachomatis IgG-Ak	S	233,83
<input type="checkbox"/> Galaktorrhoe (3. ZT)	LH, FSH, 17 β -Estradiol, Prolaktin, fT ₃ , fT ₄ , TSH	S	115,04
<input type="checkbox"/> Gynäkomastie	LH, FSH, 17 β -Estradiol, Testosteron, Prolaktin, TSH, β -HCG, SHBG, Albumin	S	144,06
<input type="checkbox"/> Haarausfall	LH, FSH, 17 β -Estradiol, Progesteron, Testosteron, SHBG, fT ₃ , fT ₄ , TSH, Ferritin, CRP, Zink, Selen, kleines Blutbild, HOMA-Index	S + ED + EXG	237,91
<input type="checkbox"/> Androgenisierung / Hirsutismus (3. ZT)	LH, FSH, 17 β -Estradiol, Progesteron, Testosteron, DHEAS, SHBG, Cortisol, Androstendion	S	148,49
<input type="checkbox"/> HRT-Überwachung	17 β -Estradiol, Testosteron, SHBG	S	51,35
<input type="checkbox"/> Menopausenstatus (3. ZT)	LH, FSH, 17 β -Estradiol, Progesteron	S	64,76
<input type="checkbox"/> Oligomenorrhoe (3. ZT)	LH, FSH, 17 β -Estradiol, Progesteron, Prolaktin, Testosteron, DHEAS, SHBG, Androstendion, Cortisol, fT ₃ , fT ₄ , TSH	S	214,39
<input type="checkbox"/> PCO-Syndrom (3. ZT)	LH, FSH, 17 β -Estradiol, Progesteron, Testosteron, DHEAS, SHBG, Androstendion, AMH, Prolaktin, Cortisol, fT ₃ , fT ₄ , TSH	S	231,15
<input type="checkbox"/> Prämenstruelles Syndrom (28. ZT)	17 β -Estradiol, Progesteron, Prolaktin, TSH	S	63,62
<input type="checkbox"/> Ovarielle Funktion Kinderwunsch (3. ZT)	LH, FSH, 17 β -Estradiol, Progesteron, Testosteron, DHEAS, SHBG, Prolaktin, TSH	S	148,49
<input type="checkbox"/> Ovarielle Funktion Kinderwunsch (12. ZT)	LH, 17 β -Estradiol, Progesteron	S	48,00
<input type="checkbox"/> Ovarielle Funktion Kinderwunsch (21. ZT)	17 β -Estradiol, Progesteron	S	31,24
<input type="checkbox"/> Schilddrüse	TSH, fT ₃ , fT ₄ , TPO, TRAK	S	105,04
<input type="checkbox"/> Hormonstatus Männer, Erektil Dysfunktion, Kinderwunsch	LH, FSH, Testosteron, SHBG, Prolaktin, TSH, Cortisol, Albumin, HOMA-Inex	S + EXG	147,88
<input type="checkbox"/> Transsexualität	LH, FSH, Testosteron, SHBG, Prolaktin, 17 β -Estradiol, GOT, GPT, kleines Blutbild	S + ED	126,63
<input type="checkbox"/> Pubertas praecox Basisprofil weiblich	LH, FSH, 17 β -Estradiol, Progesteron, TSH, Prolaktin	S	97,14
<input type="checkbox"/> Pubertas praecox Basisprofil männlich	LH, FSH, 17 β -Estradiol, Progesteron, Testosteron, TSH	S	97,14
<input type="checkbox"/> Pubertas praecox erweitertes Profil (weiblich)	LH, FSH, 17 β -Estradiol, Progesteron, Testosteron, DHEAS, Androstendion, Cortisol, SHBG, TSH, Prolaktin	S	180,87
<input type="checkbox"/> Pubertas praecox erweitertes Profil (männlich)	LH, FSH, 17 β -Estradiol, Testosteron, DHEAS, SHBG, Cortisol, β -HCG, TSH	S	150,77

ZT = Zyklustag für Blutentnahme

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: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gewicht: <input type="text"/> kg	Anzahl der Feten: <input type="text"/>	SSW nach US: <input type="text"/>
Anzahl d. Zigaretten: <input type="text"/> /Tag	Diabetes: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hautfarbe: <input type="checkbox"/> weiß <input type="checkbox"/> schwarz	CRL: <input type="text"/> mm
			NT: <input type="text"/> 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.

X

Ort, Datum

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 Auskunftei 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.

X

Ort, Datum

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

Praxis für Labormedizin und Mikrobiologie

Universitätsstraße 62 - 44789 Bochum
Carnaper Str. 73-75 - 42283 Wuppertal

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