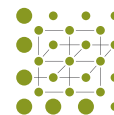


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



<b>Auftragsnummer des Labors</b>  <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin: 10px auto; width: 80%; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%);"> <p style="text-align: center; margin: 0;">Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!</p> </div> </div>
--

Zyklustag

SSWGrößeGewichtQuartal

**Geschlecht** -

EILT/FAX

# LABORAUFTRAG Gyn-IGeL

Abnahmedatum

### Abnahmezeit

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

h	h	m	m
---	---	---	---

Gewicht    kg

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-Impftiter (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
<b>Schwangerschaft</b>			
<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	3xEXG	8,04
<input type="checkbox"/>	Präeklampsie-Diagnostik (sFLT-1, PIGF)	S	100,54
<input type="checkbox"/>	Pränataler NIPT (Abnahmekit anford.)	CFD + EW	
Preis nach gewünschtem Leistungsumfang			

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 <sub>3</sub>		S	16,76
<input type="checkbox"/> fT <sub>4</sub>		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

Vertragsarztstempel / 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) Einzelbestimmung von 28 HPV-Genotypen	eNAT	40,22
<input type="checkbox"/>	HPV (high-risk) Einzelbestimmung von 14 HPV-Genotypen (inkl. der Genotypen 16 und 18)	eNAT	20,11
<input type="checkbox"/>	Immunologischer Stuhltest ( <i>iFOBT</i> )	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

**AB:** trockener Abstrich  
**Apt:** Aptima-Set  
**CFD:** Cell-Free DNA BCT  
**ED:** EDTA-Blut  
**ED7:** EDTA-Blut (7,5 ml)  
**eNAT:** eNAT-Abstrich  
**eSwab:** eSwab-Abstrich  
**EW:** Einwilligungserklärung nach GenDG  
**EXG:** GlucoExact  
**S:** Serum  
**iFOBT:** iFOBT Probenröhrchen  
**U:** Urin

**Verwendungsbeispiele:**

**S + EXG = S und EXG**  
Apt, U = Apt **oder** U  
**3x EXG = Drei GlucoExact-**  
**Röhrchen**

Das erforderliche Entnahmемaterial kann kostenfrei über unseren Materialversand bestellt werden.



099990110020

## Gynäkologisch-endokrinologische Laborprofile

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


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 Auskunft 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.

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