

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

Gewicht

Quartal

Geschlecht

EILT/FAX

Abnahmedatum

Abnahmezeit

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-Anti-HBs (Impfstatus)	S	16,09
<input type="checkbox"/> Hepatitis C-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 S ₁ -Ak	S	20,11
<input type="checkbox"/> STI-Multiplex-PCR (s. Rückseite)	Apt / eNAT / U	87,12
<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

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	Mat.	Preis (€)
<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	Mat.	Preis (€)
<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	Mat.	Preis (€)
<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

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 (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:
AB: trockener Abstrich	S + EXG = S und EXG
Apt: Aptima-Set	Apt / U = Apt oder U
CFD: Cell-Free DNA BCT	3xEXG = Drei GlucoExact-Röhrchen
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	

Das erforderliche Entnahmematerial kann kostenfrei über unseren Materialversand bestellt werden.



Exklusiv gedruckt von Mediatim® (040) 727 360-0 · 05.26 · Nachdruck verboten: · ABD 2600561 · 1002-00987

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 ₃ , fT ₄ , 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 ₃ , fT ₄ , TSH, Chlamydia trachomatis IgG-Ak	S	233,83
<input type="checkbox"/> Galaktorrhoe (3. ZT)	LH, FSH, 17β-Estradiol, Prolaktin, fT ₃ , fT ₄ , 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 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, 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 ₃ , fT ₄ , TSH	S	214,39
<input type="checkbox"/> PCO-Syndrom (3. ZT)	LH, FSH, 17β-Estradiol, Progesteron, Testosteron, DHEAS, SHBG, Androstendion, AMH, Prolaktin, Cortisol, fT ₃ , fT ₄ , 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 ₃ , fT ₄ , TPO, TRAK	S	105,04
<input type="checkbox"/> Hormonstatus Männer, Erektile Dysfunktion, Kinderwunsch	LH, FSH, Testosteron, SHBG, Prolaktin, TSH, Cortisol, Albumin, HOMA-Index	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

X

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.

Ort, Datum

X

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