

Laborauftrag

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) STI Multiplex PCR



9900 0171 00



Name, Vorname geb. am

Rechnung an Patient/in (Bitte vollständige Adresse)

Praxisstempel

Unterschrift Ärztin/Arzt

Die Untersuchungen werden ausschließlich von einem LADR-Labor erbracht und können nur aus dem mitgesandten Probenmaterial durchgeführt werden.

Bei zusätzlicher Anforderung von Kassenleistungen sind Überweisungsschein Muster 10 und separates Probenmaterial bzw. Röhrchen unbedingt erforderlich.

Probenahme-Datum Uhrzeit

Gewicht Körperlänge SSW + d

weiblich männlich

kg cm +

Entnahmeort des Abstrichs

vaginal/zervikal oral

anal urethal

STI-Multiplex PCR pro Material	Mat.	€
<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis,		
Neisseria gonorrhoeae,		
Mycoplasma genitalium,		
Mycoplasma hominis,		
Ureaplasma urealyticum/U. parvum,		
Trichomonas vaginalis,		
Herpes simplex Virus Typ 1 und 2		
AB oder E oder U		113,96

Zusätzl. Untersuchungen aus Blut	Mat.	€
<input type="checkbox"/> Treponema pallidum AK*	S	23,46
<input type="checkbox"/> HIV Ag/Ab Combo*	S	20,11
<input type="checkbox"/> Hepatitis Bs Ag* + Hbc-AK	S	36,87
Leistungen in Ihrer Praxis		
<input type="checkbox"/> Beratung < 10 min 1,0 GOÄ	S	4,66
<input type="checkbox"/> Beratung < 10 min 2,3 GOÄ	S	10,72
<input type="checkbox"/> Beratung > 10 min 1,0 GOÄ	S	8,74
<input type="checkbox"/> Beratung > 10 min 2,3 GOÄ	S	20,11

<input type="checkbox"/> Blutentnahme 1,0 GOÄ	2,33
<input type="checkbox"/> Blutentnahme 1,8 GOÄ	4,20
<input type="checkbox"/> Abstrich, zyto. Unters. 1,0 GOÄ	2,62
<input type="checkbox"/> Abstrich, zyto. Unters. 2,3 GOÄ	6,03
<input type="checkbox"/> Abstrich, microb. Unters. 1,0 GOÄ	2,33
<input type="checkbox"/> Abstrich, microb. Unters. 2,3 GOÄ	5,36

Sonstige Untersuchungen

* bei positivem Ergebnis sind weitere kostenpflichtige Untersuchungen notwendig

Symbole & Abkürzungen:

AB Abstrich E Ejakulat S Serum U Urin

Nach ärztlicher Aufklärung über deren medizinische Bedeutung wünsche ich die private Behandlung durch die oben gekennzeichneten außervertraglichen Leitungen zu den auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechneten Preisen. Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zum Leistungskatalog meiner Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten auch nicht übernommen oder erstattet werden.

Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis zur Weitergabemeiner personenbezogenen Daten an das mit der Durchführung der Analysen beauftragte Labor. Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis zur Liquidation dieser Leistungen durch die PVS Südwest GmbH (PVS). Die dazu erforderlichen Daten dürfen an die PVS weitergeleitet und die Rechnungsforderung an die PVS zum Einzug abgetreten werden, siehe besondere Einverständniserklärung der PVS.

Die ermittelten Laboregebnisse werden dem behandelnden Arzt zugestellt.

Einverständniserklärung Patient/in

Datum / Unterschrift

Laborauftrag

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) STI Multiplex PCR



9900 0171 00



Name, Vorname geb. am

Rechnung an Patient/in (Bitte vollständige Adresse)

Praxisstempel

Unterschrift Ärztin/Arzt

Die Untersuchungen werden ausschließlich von einem LADR-Labor erbracht und können nur aus dem mitgesandten Probenmaterial durchgeführt werden.

Bei zusätzlicher Anforderung von Kassenleistungen sind Überweisungsschein Muster 10 und separates Probenmaterial bzw. Röhrchen unbedingt erforderlich.

Probenahme-Datum Uhrzeit

Gewicht Körperlänge SSW + d

weiblich männlich

kg cm +

Entnahmeort des Abstrichs

vaginal/zervikal oral

anal urethral

STI-Multiplex PCR pro Material	Mat.	€
<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis,		
Neisseria gonorrhoeae,		
Mycoplasma genitalium,		
Mycoplasma hominis,		
Ureaplasma urealyticum/U. parvum,		
Trichomonas vaginalis,		
Herpes simplex Virus Typ 1 und 2		
AB oder E oder U		113,96

Zusätzl. Untersuchungen aus Blut	Mat.	€
<input type="checkbox"/> Treponema pallidum AK*	S	23,46
<input type="checkbox"/> HIV Ag/Ab Combo*	S	20,11
<input type="checkbox"/> Hepatitis Bs Ag* + Hbc-AK	S	36,87
Leistungen in Ihrer Praxis		
<input type="checkbox"/> Beratung < 10 min 1,0 GOÄ	S	4,66
<input type="checkbox"/> Beratung < 10 min 2,3 GOÄ	S	10,72
<input type="checkbox"/> Beratung > 10 min 1,0 GOÄ	S	8,74
<input type="checkbox"/> Beratung > 10 min 2,3 GOÄ	S	20,11

<input type="checkbox"/> Blutentnahme 1,0 GOÄ	2,33
<input type="checkbox"/> Blutentnahme 1,8 GOÄ	4,20
<input type="checkbox"/> Abstrich, zyto. Unters. 1,0 GOÄ	2,62
<input type="checkbox"/> Abstrich, zyto. Unters. 2,3 GOÄ	6,03
<input type="checkbox"/> Abstrich, microb. Unters. 1,0 GOÄ	2,33
<input type="checkbox"/> Abstrich, microb. Unters. 2,3 GOÄ	5,36

Sonstige Untersuchungen

* bei positivem Ergebnis sind weitere kostenpflichtige Untersuchungen notwendig

Symbole & Abkürzungen:

AB Abstrich E Ejakulat S Serum U Urin

Nach ärztlicher Aufklärung über deren medizinische Bedeutung wünsche ich die private Behandlung durch die oben gekennzeichneten außervertraglichen Leitungen zu den auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechneten Preisen. Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zum Leistungskatalog meiner Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten auch nicht übernommen oder erstattet werden.

Mit meiner Unterschrift teile ich mein Einverständnis zur Weitergabemeiner personenbezogenen Daten an das mit der Durchführung der Analysen beauftragte Labor. Mit meiner Unterschrift teile ich mein Einverständnis zur Liquidation dieser Leistungen durch die PVS Südwest GmbH (PVS). Die dazu erforderlichen Daten dürfen an die PVS weitergeleitet und die Rechnungsforderung an die PVS zum Einzug abgetreten werden, siehe besondere Einverständniserklärung der PVS.

Die ermittelten Laboregebnisse werden dem behandelnden Arzt zugestellt.

Einverständniserklärung Patient/in

Datum / Unterschrift

Kopie • Patient/in

Laborauftrag

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) STI Multiplex PCR



9900 0171 00



Name, Vorname geb. am

Rechnung an Patient/in (Bitte vollständige Adresse)

Praxisstempel

Unterschrift Ärztin/Arzt

Die Untersuchungen werden ausschließlich von einem LADR-Labor erbracht und können nur aus dem mitgesandten Probenmaterial durchgeführt werden.

Bei zusätzlicher Anforderung von Kassenleistungen sind Überweisungsschein Muster 10 und separates Probenmaterial bzw. Röhrchen unbedingt erforderlich.

Probenahme-Datum Uhrzeit

Gewicht Körperlänge SSW + d

weiblich männlich

Entnahmeort des Abstrichs

vaginal/zervikal oral

anal urethral

STI-Multiplex PCR pro Material	Mat.	€
<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis,		
Neisseria gonorrhoeae,		
Mycoplasma genitalium,		
Mycoplasma hominis,		
Ureaplasma urealyticum/U. parvum,		
Trichomonas vaginalis,		
Herpes simplex Virus Typ 1 und 2		
AB oder E oder U		113,96

Zusätzl. Untersuchungen aus Blut	Mat.	€
<input type="checkbox"/> Treponema pallidum AK*	S	23,46
<input type="checkbox"/> HIV Ag/Ab Combo*	S	20,11
<input type="checkbox"/> Hepatitis Bs Ag* + Hbc-AK	S	36,87
Leistungen in Ihrer Praxis		
<input type="checkbox"/> Beratung < 10 min 1,0 GOÄ	S	4,66
<input type="checkbox"/> Beratung < 10 min 2,3 GOÄ	S	10,72
<input type="checkbox"/> Beratung > 10 min 1,0 GOÄ	S	8,74
<input type="checkbox"/> Beratung > 10 min 2,3 GOÄ	S	20,11

<input type="checkbox"/> Blutentnahme 1,0 GOÄ	2,33
<input type="checkbox"/> Blutentnahme 1,8 GOÄ	4,20
<input type="checkbox"/> Abstrich, zyto. Unters. 1,0 GOÄ	2,62
<input type="checkbox"/> Abstrich, zyto. Unters. 2,3 GOÄ	6,03
<input type="checkbox"/> Abstrich, microb. Unters. 1,0 GOÄ	2,33
<input type="checkbox"/> Abstrich, microb. Unters. 2,3 GOÄ	5,36

Sonstige Untersuchungen

Symbole & Abkürzungen:
 AB Abstrich E Ejakulat S Serum U Urin

Nach ärztlicher Aufklärung über deren medizinische Bedeutung wünsche ich die private Behandlung durch die oben gekennzeichneten außervertraglichen Leitungen zu den auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechneten Preisen. Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zum Leistungskatalog meiner Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten auch nicht übernommen oder erstattet werden.

Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis zur Weitergabemeiner personenbezogenen Daten an das mit der Durchführung der Analysen beauftragte Labor. Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis zur Liquidation dieser Leistungen durch die PVS Südwest GmbH (PVS). Die dazu erforderlichen Daten dürfen an die PVS weitergeleitet und die Rechnungsforderung an die PVS zum Einzug abgetreten werden, siehe besondere Einverständniserklärung der PVS. **Die ermittelten Laboregebnisse werden dem behandelnden Arzt zugestellt.**

Einverständniserklärung Patient/in

Datum / Unterschrift