

STD - Check

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Hinweise:

- Material: Abstrich mit Transportmedium (TAB) und Serum (S)
- Multiplex PCR STD-I-IV und -HPV können aus einem Abstrich angesetzt werden
- Bei positiven Befund können Zusatzkosten aufgrund von Bestätigungstest entstehen

Entnahmedatum

T T M M J J

Uhrzeit

h h m m

☐ m ☐ w

Zyklustag

Schwangerschaft SSW

+ +

Multiplex PCR Abstrich (eSwab)

	Preis [€]	Material
☐ STD I C. trachomatis, N. gonorrhoeae, M. genitalium, T. vaginalis	46,63	Abstrich
☐ STD II C. trachomatis, N. gonorrhoeae, M. genitalium, M. hominis, T. vaginalis, U. parvum, U. urealyticum	64,12	Abstrich
☐ STD III Herpes simplex Virus 1 und 2	46,63	Abstrich
☐ STD IV C. trachomatis, N. gonorrhoeae, M. genitalium, M. hominis, U. parvum, U. urealyticum, HSV 1/2, T. pallidum, T. vaginalis, H. ducreyi, CMV, VZV	99,09	Abstrich

Multiplex PCR Urin

	Preis [€]	Material
☐ STD I C. trachomatis, N. gonorrhoeae, M. genitalium, T. vaginalis	46,63	Urin
☐ STD II C. trachomatis, N. gonorrhoeae, M. genitalium, M. hominis, T. vaginalis, U. parvum, U. urealyticum	64,12	Urin
☐ STD III Herpes simplex Virus 1 und 2	46,63	Urin
☐ STD IV C. trachomatis, N. gonorrhoeae, M. genitalium, M. hominis, U. parvum, U. urealyticum, HSV 1/2, T. pallidum, T. vaginalis, H. ducreyi, CMV, VZV	99,09	Urin

Einzelanforderungen

	Preis [€]	Material
☐ HIV 0/1/2 p24 Ak*	17,49	Serum
HPV		
☐ Genotypisierung	64,12	Zervixabstrich Trockene Abstriche
Unterscheidung zwischen High-risk- und Low-risk-Typen um den Verlauf und die Risiken einer HPV-Infektion beurteilen zu können		

Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte ärztliche Leistung nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehört und dass die Liquidation für diese Leistung auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt und von mir selbst zu zahlen ist.

Datum

Unterschrift Patient/in

Datum

Unterschrift Arzt

