

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



STD - Check

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Entnahmedatum

Uhrzeit

m w

Rechnung an Patient

Zyklustag

Schwangerschaft SSW

Rechnung an Praxis

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
- GOÄ 1.0

Multiplex PCR STD	€	Multiplex PCR HPV	€	Serologie	€	Ihre individuellen Profile	
<input type="checkbox"/> STD I Chlamydien, N.gonorrhoeae	37,99	<input type="checkbox"/> HPV Genotyp Bestimmung von 30 Genotypen	35,00	<input type="checkbox"/> Treponemen PCR	13,41	<input type="checkbox"/> Profil 1	<input type="checkbox"/> Profil 2
<input type="checkbox"/> STD II Chlamydien, N.gonorrhoeae, Mykoplasmen / Ureaplasmen	47,99			<input type="checkbox"/> HBsAg	14,57	<input type="checkbox"/> Profil 3	<input type="checkbox"/> Profil 4
<input type="checkbox"/> STD III HSV 1+2	37,99			<input type="checkbox"/> HIV 1+2 Test	17,49	<input type="checkbox"/> Profil 5	<input type="checkbox"/> Profil 6
<input type="checkbox"/> STD IV Chlamydien, N.gonorrhoeae, Mykoplasmen / Ureaplasmen, HSV 1+2, Treponemen, Trichomonas vaginalis, Haemophilus ducreyi	57,99						

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 _____

