

Patient/-in



## Anforderungsbogen

Bei Anforderung von individuellen  
Gesundheitsleistungen bitte ausfüllen !

behandelnder Arzt/Praxisgemeinschaft

Datum Eingangsberatung: .....

**Ärztliche Leistungen**

Ärztliche Leistungen	GOÄ-Ziffer	Faktor	Betrag
<input type="checkbox"/> Beratung	1	2,3	10,72
<input type="checkbox"/> Beratung > 10 Minuten	3	2,3	20,11

**Blutentnahme / Injektion / Abstrich**

<input type="checkbox"/> Blutentnahme	250	1,8	4,20
<input type="checkbox"/> Mikrobiologischer Abstrich	298	2,3	5,36

**Ausgewählte Einzeluntersuchungen**

<input type="checkbox"/> HIV-1/-2-Ak	Serum	17,49
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose-Screening-Test	Serum	13,99
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose-IgM	Serum	20,40
<input type="checkbox"/> CMV-IgG	Serum	13,99
<input type="checkbox"/> CMV-IgM	Serum	17,49
<input type="checkbox"/> FSH	Serum	14,57
<input type="checkbox"/> Lues (TPHA)	Serum	13,41
<input type="checkbox"/> Parvovirus B19-IgG	Serum	13,99
<input type="checkbox"/> Parvovirus B19-IgM	Serum	17,49
<input type="checkbox"/> 17-beta-Östradiol	Serum	13,60
<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis (PCR)	Abstrich	99,09
<input type="checkbox"/> STD-Abstrich	Abstrich	81,61
<input type="checkbox"/> Varizella Zoster-IgG	Serum	13,99
<input type="checkbox"/> Varizella Zoster-IgM	Serum	22,73
<input type="checkbox"/> Masern IgG	Serum	13,99
<input type="checkbox"/> Mumps-IgG	Serum	13,99
<input type="checkbox"/> Pertussis-IgG	Serum	20,40
<input type="checkbox"/> Testosteron, frei	Serum	13,60
<input type="checkbox"/> DHEA-S	Serum	13,60
<input type="checkbox"/> TSH	Serum	14,57
<input type="checkbox"/> Untersuchung auf Streptokokken Gruppe B	Abstrich	15,00
<input type="checkbox"/> Anti-Müller-Hormon	Serum	43,72
<input type="checkbox"/> 25-OH Vitamin D	Serum	18,65
<input type="checkbox"/> Triple-Test: AFP, HCG, FE3 (15.-20. SSW)		43,71
<input type="checkbox"/> Ausschluss von Neuralrohrdefekten: AFP (15.-20. SSW)		14,57
<input type="checkbox"/> 1. Trimester-Test: PAPP-A, fr. $\beta$ -HCG (11+0-13+6 SSW)		34,97
<input type="checkbox"/> 1. Trimester-Test incl. Risikoberechnung		34,97

**Klinische Angaben s. Rückseite**

Weitere Untersuchungen:

**Einverständniserklärung**

Ich bin von meinem/meiner Arzt/Ärztin darüber aufgeklärt worden, dass die von mir angeforderten Laborleistungen zu den individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) gehören. Diese Leistungen fordere ich auf eigenen Wunsch an. Mir ist bekannt, dass die Kosten für diese Leistungen von meiner Krankenkasse nicht erstattet werden. Ich bin mit einer privatärztlichen Liquidation nach GOÄ einverstanden. Für Leistungen, deren Gesamtpreis pro Auftrag unter 25 Euro liegen, werden zusätzlich 2,50 Euro Transportmaterial und Versandkosten berechnet.

Rechnungslegung durch die Omlab GmbH, Nienkampstr.1, D-45326 Essen, an den Patienten.

Mit der Weitergabe der zur Rechnungserstellung notwendigen Daten an die von meinem Arzt/meiner Ärztin gewünschte Abrechnungsstelle bin ich einverstanden.

Datum: .....

Unterschrift Patient/Patientin: .....

Die angegebenen Kosten basieren auf GOÄ.  
Alle Kostenangaben in Euro, Stand: V7-09.04.2024 (MuVo)

**Klinische Angaben zum Ersttrimester-Screening (FTS) und Triple-Test**

Datum der Probennahme ..... Datum Ultraschall .....

Gestationsalter nach Berechnung SSW .....+..... (am Tag der Blutentnahme)

Gestationsalter nach Ultraschall SSW .....+..... (am Tag der Blutentnahme)

Datum errechneter Termin (ET) .....

**Angaben zur Schwangeren:**

Körpergewicht .....kg

Nikotin-Abusus  Nein  Ja .....Zig./Tag

Diabetes mellitus  Nein  Ja

Ethnische Abstammung  europäisch  asiatisch  türkisch  andere: .....

Down-Syndrom frühere Schwangerschaft  Nein  Ja

Neuralrohrdefekt frühere Schwangerschaft  Nein  Ja

**Angaben Fötus:**

Zahl der Feten .....

Nackenfaltdicke NT ..... mm

Scheitel-Steiß-Länge (SSL) ..... mm

BIP außen - außen ..... mm

**Zusätzliche Hinweise:**

.....

.....

**Empfohlene Vorgehensweise nach der Probenentnahme:**

Das entnommene Vollblut gerinnen lassen und anschließend die Probe innerhalb einer Stunde zentrifugieren. Serum abpipettieren und in einem Probenröhrchen gekühlt / gefroren versenden (Haltbarkeit im Serum: freies  $\beta$ -HCG: 7 Tage bei 2-8 °C, länger bei -20 °C; PAPP-A: 24 Stunden bei 2-8 °C, 2 Monate bei -20 °C). Falls diese Bedingungen nicht eingehalten werden können bitte entsprechend ankreuzen:

Probe zentrifugiert:  Nein  Ja

Probe gekühlt:  Nein  Ja