	FORMULAIRE			
	VOM PATIENTEN ANGEFORDERTE STI-TEST			
Identification F_MO_PREL_34_C	Approbateur Pierre BLONSKI	Date d'application 01/10/2022	Version 2	Page 2 / 4



Datum der Anforderung :


Versicherungsnummer des Patienten :
(oder Geburtsdatum)

Geburtsname und Vorname des Patienten :

Ehename : **Geschlecht** M F

Adresse des Patienten :

Telefonnummer des Patienten :

VOM PATIENTEN ANGEFORDERTE ANALYSEN	
<p>STI-Test</p> <p><u>Erststrahlurin (mindestens 2 Stunden nach der letzten Blasenentleerung, ohne Intimhygiene) Bei einer Frau den vaginalen Selbstabstrich bevorzugen</u></p> <p><input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis + Neisseria gonorrhoeae + Mycoplasma genitalium (75,33 €)</p> <p><u>Blutabnahme (6,28 €):</u></p> <p><input type="checkbox"/> HIV-Serologie (12,56 €) + ggf. Bestätigung (25,11 €)</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis-C-Serologie (12,56 €) + ggf. Bestätigung (25,11 €)</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis-B-Serologie (37,68 €) + notwendige Zusatzuntersuchungen (42,06 € bis 90,71 €)</p> <p> <i>Nicht ankreuzen, wenn Sie geimpft sind</i></p> <p><input type="checkbox"/> Syphilis-Serologie (12,56 €) + notwendige Zusatzuntersuchungen (18,84 € bis 94,18 €)</p> <p>Ich erteile dem Labor die Erlaubnis, die Zusatzuntersuchungen durchzuführen, die möglicherweise für die Interpretation der Ergebnisse erforderlich sind.</p> <p>Ich erkläre mich bereit, die Rechnung für die durchgeführten Analysen zu begleichen.</p>	
<p>Befundübermittlung</p> <p>an Dr (Namen – Vornamen und Adresse des vom Patienten angegebenen Arztes vermerken)</p>	<p style="text-align: center;">Unterschrift des Patienten :</p>