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

STI-Test

Erststrahlurin (mindestens 2 Stunden nach der letzten Blasenentleerung, ohne Intimhygiene) Bei einer Frau den vaginalen Selbstabstrich bevorzugen

☐ Chlamydia trachomatis + Neisseiria gonorrhoeae + Mycoplasma genitalium (78.48 €)

Blutabnahme (6.54 €):

☐ HIV-Serologie (13.08 €) + ggf. Bestätigung (26.16 €)

☐ Hepatitis-C-Serologie (13.08 €) + ggf. Bestätigung (26.16 €)

☐ Hepatitis-B-Serologie (39.24 €) + notwendige Zusatzuntersuchungen (40 à 90 €)

⚠ *Nicht ankreuzen, wenn Sie geimpft sind*

☐ Syphilis-Serologie (13.08 €) + notwendige Zusatzuntersuchungen (19.62 € bis 98.12 €)

Ich erteile dem Labor die Erlaubnis, die Zusatzuntersuchungen durchzuführen, die möglicherweise für die Interpretation der Ergebnisse erforderlich sind.

Ich erkläre mich bereit, die Rechnung für die durchgeführten Analysen zu begleichen.

Befundübermittlung an Dr .... (Namen – Vornamen und Adresse des vom Patienten angegebenen Arztes vermerken)	Unterschrift des Patienten :

Document confidentiel propre au laboratoire Ketterthill.
La version à jour de ce document est disponible sur Avanteam. Les versions imprimées ou transmises par voie électronique ne sont pas gérées.