

	FORMULAIRE VOM PATIENTEN ANGEFORDERTE STI-TEST			
	Identification F_MO_PREL_34_C	Approbateur Pierre BLONSKI	Date d'application 24/01/2025	Version 5



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 <u>Erststrahlurin (mindestens 2 Stunden nach der letzten Blasenentleerung, ohne Intimhygiene) Bei einer Frau den vaginalen Selbstabstrich bevorzugen</u> ☐ Chlamydia trachomatis + Neisseria gonorrhoeae + Mycoplasma genitalium (69.93 €) <u>Blutabnahme (5.83 €):</u> ☐ HIV-Serologie (11.66 €) + ggf. Bestätigung (23.31 €) ☐ Hepatitis-C-Serologie (11.66 €) + ggf. Bestätigung (23.31 €) ☐ Hepatitis-B-Serologie (34.98 €) + notwendige Zusatzuntersuchungen (40 à 90 €)  <i>Nicht ankreuzen, wenn Sie geimpft sind</i> ☐ Syphilis-Serologie (11.66 €) + notwendige Zusatzuntersuchungen (17 € bis 88 €) 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 den Referenzarzt beim Service National des Maladies Infectieuses des CHL im Fall eines positiven Ergebnisses beim AIDS-Test.	Unterschrift des Patienten :