

	FORMULAR VOM PATIENTEN ANGEFORDERTE ANALYSEN			
	<small>Angaben zur Person</small> F_MO_PREL_34_A	<small>Genehmigt von</small> Pierre BLONSKI	<small>Anwendungsdatum</small> 30.03.2026	<small>Version</small> 6



Datum der Anfrage:

Patientennummer:
(oder Geburtsdatum)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsname und Vorname des Patienten:

Ehename: **Geschlecht** M F

Adresse des Patienten:

Telefonnummer des Patienten:

VOM PATIENTEN ANGEFORDERTE ANALYSEN

Sofern eine Untersuchung auf HIV, HCV, Syphilis oder eine Urinuntersuchung gewünscht wird, ermächtige ich das Labor, alle eventuell notwendigen Zusatztests zur Auswertung der Ergebnisse durchzuführen.

- HIV: 11,66 € +/- 23,31 €
- HCV: 11,66 € +/- 23,31 €
- Syphilis: 11,66 € +/- 87,43 €
- Urin-Sediment: 4,66 € +/- 34,97 €
- Urin-Kultur: 19,23 € +/- 20,40 €

Liegt kein gültiges Rezept für die CNS vor, werden zusätzlich die Kosten für die Probenentnahme berechnet.

Ich bin mit der Begleichung der Rechnung für die durchgeführten Analysen einverstanden.

Bei positivem HIV-Befund erfolgt die Weiterleitung des Ergebnisprotokolls an den zuständigen Arzt des Nationalen Dienstes für Infektionskrankheiten im CHL.	Unterschrift des Patienten:
---	-----------------------------