KETTERTHILL	FORMULAIRE **VOM PATIENTEN ANGEFORDERTE ANALYSEN**			
Identification **F_MO_PREL_34_A**	Approbateur Pierre BLONSKI	Date d'application 30/03/2026	Version 6	Page 1 / 1

Datum der Anforderung : .....

Versicherungsnummer des Patienten : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(oder Geburtsdatum)

Geburtsname und Vorname des Patienten : .....

Ehename : ..... **Geschlecht** ☐ M ☐ W

Adresse des Patienten : .....

.....

.....

Telefonnummer des Patienten : .....

VOM PATIENTEN ANGEFORDERTE ANALYSEN

Wird ein Test auf HIV, HCV, Syphilis oder eine Urinanalyse angefordert, ermächtige ich das Labor, gegebenenfalls alle zusätzlichen Tests durchzuführen, die für die Interpretation der Ergebnisse notwendig sind.

HIV : 11.66 € +/- 23.31 €
HCV : 11.66 € +/- 23.31 €
Syphilis : 11.66 € +/- 87.43 €
Harnsediment : 4.66 € +/- 34.97 €
Urinkultur : 19.23 € +/- 20.40 €

Liegt der CNS keine gültige Verordnung vor, wird die Blutabnahme zusätzlich berechnet.

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 :