

IGeL						
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Vertragsarzt-Nr.			Datum			



MVZ für Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie Koblenz-Mittelrhein
Dr. med. Dipl.-Chem. Rüdiger Walscheid

Viktoriastraße 35-39 • 56068 Koblenz • Tel.: 0261 30405-0 • Fax: 0261 30405-944 • www.labor-koblenz.de

STI Multiplex-PCR Anforderungsschein

(molekulare Diagnostik von Erregern sexuell übertragbarer Infektionen (STI))

Einsender / Stempel

Barcode

Datum der Probenentnahme: _____

Molekularbiologische Anforderungen GOÄ 1,0

☐ STI-Panel 1+2

Chlamydia trachomatis
Chlamydia trachomatis Serovar L1-L3 (Lymphogranuloma venereum)
Haemophilus ducreyi (Ulcus molle)
Mycoplasma genitalium
Mycoplasma hominis
Neisseria gonorrhoeae (Gonorrhö)
Treponema pallidum (Syphilis)
Trichomonas vaginalis
Ureaplasma parvum
Ureaplasma urealyticum
Cytomegalie-Virus (CMV)
Herpes-simplex-Virus Typ 1 (HSV-1)
Herpes-simplex-Virus Typ 2 (HSV-2)
Varizella Zoster-Virus (VZV)

Material:

☐ Abstrich genital

Abrechnung:
69,95€ IGeL

☐ STI-Panel 1

Chlamydia trachomatis
Mycoplasma genitalium
Mycoplasma hominis
Neisseria gonorrhoeae (Gonorrhö)
Trichomonas vaginalis
Ureaplasma parvum
Ureaplasma urealyticum

Material:

- ☐ Abstrich genital
☐ Abstrich anal
☐ Abstrich oral
☐ Ejakulat
☐ Urin (unbedingt Morgen-, oder Erststrahlurin, 5-10ml, 4-6h nach dem letzten Urinieren)

Abrechnung:
52,46€ IGeL

☐ STI-Panel 2

Chlamydia trachomatis Serovar L1-L3 (Lymphogranuloma venereum)
Haemophilus ducreyi (Ulcus molle)
Treponema pallidum (Syphilis)
Cytomegalie-Virus (CMV)
Herpes-simplex-Virus Typ 1 (HSV-1)
Herpes-simplex-Virus Typ 2 (HSV-2)
Varizella Zoster-Virus (VZV)

Material:

☐ Abstrich genital

Abrechnung:
52,46€ IGeL

Einverständniserklärung des Patienten

Ich wünsche die Durchführung der oben aufgeführten Leistungen. Mir ist bekannt, dass die Kosten hierfür von mir selbst zu tragen sind und ich erkläre mich bereit, die Laborrechnung zu begleichen. Die Rechnungsadresse ist oben korrekt angegeben. Mir ist bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Ich wünsche dennoch für meine private Vorsorge darüber hinausgehende Leistungen. Ich bin eingehend von meinem Arzt / meiner Ärztin beraten worden und habe keine weiteren Fragen. Die Berechnung der Kosten erfolgt nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die ich in der Praxis einsehen kann. Die Höhe der Kosten ist mir bekannt. Die ermittelten Laborergebnisse werden dem behandelnden Arzt zugestellt. Die Absprache sowie die Unterzeichnung dieser Vereinbarung erfolgen freiwillig vor der Erbringung der Leistungen.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift Arzt/Ärztin: _____

Unterschrift Patient/in: _____