

Patient/-in

## Anforderungsbogen

**Bei Anforderung von individuellen Gesundheitsleistungen bitte ausfüllen !**

Datum Eingangsberatung: .....

| Ärztliche Leistungen                           | GOÄ-Ziffer | Faktor | Betrag |
|--|------------|--------|--------|
| <input type="checkbox"/> Beratung              | 1          | 2,3    | 10,72  |
| <input type="checkbox"/> Beratung > 10 Minuten | 3          | 2,3    | 20,11  |

### Blutentnahme / Injektion / Abstrich

|   |     |     |      |
|---|-----|-----|------|
| <input type="checkbox"/> Blutentnahme               | 250 | 1,8 | 4,20 |
| <input type="checkbox"/> Mikrobiologischer Abstrich | 298 | 2,3 | 5,36 |

### Ausgewählte Einzeluntersuchungen

|   |          |        |
|---|----------|--------|
| <input type="checkbox"/> HIV-1/-2-Ak  | Serum    | 17,49  |
| <input type="checkbox"/> Toxoplasmose-Screening-Test                          | Serum    | 13,99  |
| <input type="checkbox"/> Toxoplasmose-IgM                                     | Serum    | 20,40  |
| <input type="checkbox"/> CMV-IgG  | Serum    | 13,99  |
| <input type="checkbox"/> CMV-IgM  | Serum    | 17,49  |
| <input type="checkbox"/> FSH  | Serum    | 14,57  |
| <input type="checkbox"/> Lues (TPHA)  | Serum    | 13,41  |
| <input type="checkbox"/> Parvovirus B19-IgG                                   | Serum    | 13,99  |
| <input type="checkbox"/> Parvovirus B19-IgM                                   | Serum    | 17,49  |
| <input type="checkbox"/> 17-beta-Östradiol                                    | Serum    | 13,60  |
| <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis (PCR)                          | Abstrich | 99,09  |
| <input type="checkbox"/> STD-Viren-Abstrich                                   | Abstrich | 99,09  |
| <input type="checkbox"/> STD-Bakterien-Abstrich                               | Abstrich | 116,58 |
| <input type="checkbox"/> Varizella Zoster-IgG                                 | Serum    | 13,99  |
| <input type="checkbox"/> Varizella Zoster-IgM                                 | Serum    | 22,73  |
| <input type="checkbox"/> Masern IgG   | Serum    | 13,99  |
| <input type="checkbox"/> Mumps-IgG  | Serum    | 13,99  |
| <input type="checkbox"/> Pertussis-IgG  | Serum    | 20,40  |
| <input type="checkbox"/> Testosteron, frei                                    | Serum    | 13,60  |
| <input type="checkbox"/> DHEA-S   | Serum    | 13,60  |
| <input type="checkbox"/> TSH  | Serum    | 14,57  |
| <input type="checkbox"/> Untersuchung auf Streptokokken Gruppe B              | Abstrich | 15,00  |
| <input type="checkbox"/> Anti-Müller-Hormon                                   | Serum    | 29,15  |
| <input type="checkbox"/> 25-OH Vitamin D                                      | Serum    | 18,65  |
| <input type="checkbox"/> Triple-Test: AFP, HCG, FE3 (15.-20. SSW)             |          | 43,71  |
| <input type="checkbox"/> Ausschluss von Neuralrohrdefekten: AFP (15.-20. SSW) |          | 14,57  |
| <input type="checkbox"/> 1. Trimester-Test: PAPP-A, fr. B-HCG (11+0-13+6 SSW) |          | 34,97  |
| <input type="checkbox"/> 1. Trimester-Test incl. Risikoberechnung             |          | 34,97  |

### Klinische Angaben s. Rückseite

Weitere Untersuchungen:

behandelnder Arzt/Praxisgemeinschaft

### Einverständniserklärung

Ich bin von meinem/meiner Arzt/Ärztin darüber aufgeklärt worden, dass die von mir angeforderten Laborleistungen zu den individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) gehören. Diese Leistungen fordere ich auf eigenen Wunsch an. Mir ist bekannt, dass die Kosten für diese Leistungen von meiner Krankenkasse nicht erstattet werden. Ich bin mit einer privatärztlichen Liquidation nach GOÄ einverstanden. Für Leistungen, deren Gesamtpreis pro Auftrag unter 25 Euro liegen, werden zusätzlich 2,50 Euro Transportmaterial und Versandkosten berechnet.

- Rechnungslegung durch die Omlab GmbH, Nienkampstr.1, D-45326 Essen, an den Patienten.  
Mit der Weitergabe der zur Rechnungserstellung notwendigen Daten an die von meinem Arzt/meiner Ärztin gewünschte Abrechnungsstelle bin ich einverstanden.

Datum: .....

Unterschrift Patient/Patientin: .....

Die angegebenen Kosten basieren auf GOÄ.  
Alle Kostenangaben in Euro, Stand: V9-03.07.2025 (MuVo)

## Klinische Angaben zum Ersttrimester-Screening (FTS) und Triple-Test

Datum der Probennahme ..... Datum Ultraschall .....

Gestationsalter nach Berechnung SSW .....+..... (am Tag der Blutentnahme)

Gestationsalter nach Ultraschall SSW .....+..... (am Tag der Blutentnahme)

Datum errechneter Termin (ET) .....

### Angaben zur Schwangeren:

Körpergewicht .....kg

Nikotin-Abusus  Nein  Ja .....Zig./Tag

Diabetes mellitus  Nein  Ja

Ethnische Abstammung  europäisch  asiatisch  türkisch  andere: .....

Down-Syndrom frühere Schwangerschaft  Nein  Ja

Neuralrohrdefekt frühere Schwangerschaft  Nein  Ja

### Angaben Fötus:

Zahl der Feten .....

Nackenfaltdicke NT ..... mm

Scheitel-Steiß-Länge (SSL) ..... mm

BIP außen - außen ..... mm

### Zusätzliche Hinweise:

.....

.....

### Empfohlene Vorgehensweise nach der Probenentnahme:

Das entnommene Vollblut gerinnen lassen und anschließend die Probe innerhalb einer Stunde zentrifugieren. Serum abpipettieren und in einem Probenröhrchen gekühlt / gefroren versenden (Haltbarkeit im Serum: freies  $\beta$ -HCG: 7 Tage bei 2-8 °C, länger bei -20 °C; PAPP-A: 24 Stunden bei 2-8 °C, 2 Monate bei -20 °C). Falls diese Bedingungen nicht eingehalten werden können bitte entsprechend ankreuzen:

Probe zentrifugiert:  Nein  Ja

Probe gekühlt:  Nein  Ja