



Deutsches Chroniker Labor GmbH

Ziegeleistraße 3

06485 Quedlinburg/OT Gernrode

Einsender

Fax:

Ich beauftrage das Deutsches Chroniker Labor zur Durchführung der nachfolgend, durch Markierung bezeichneten Laboruntersuchungen. Die Laboruntersuchungen werden in Anlehnung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ, Fkt. 1,15) berechnet. Die Kosten sind für jede Analyse angegeben. Über die Kosten des Laborauftrages bin ich informiert worden. Der Auftrag ist nicht gebunden an eine Kostenerstattung durch Krankenkassen. Die Kosten werden mit der Befundmitteilung und Rechnungsübergabe fällig. Eine Kopie dieses Patientenvertrages habe ich erhalten. Ich willige ein, dass meine Daten zum Zwecke der Abrechnung an eine Verrechnungsstelle weitergeleitet werden. Mit meiner Unterschrift erteile ich den Auftrag.

Name ..... Vorname .....

Anschrift .....

Geburtsdatum ..... Datum der Blutprobe ..... DCL Labor-Nr. des Vorbefundes.....

Bitte das Bundesland des Wohnortes ankreuzen!

Table with 4 columns of radio buttons and state names: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen.

Table for Borrelia burgdorferi s.l. tests. Columns: Test, Kosten nach GOÄ. Rows include IgG and IgM IIFT tests for various strains (afzelii, burgdorferi CH, burgdorferi USA, garinii) and IgG/IgM Blot tests for afzelii, burgdorferi, garinii, VlsE, and OspC.

Material für alle Blot- und IIFT-Untersuchungen:

1 x ca. 8 ml Blut (Serum-Röhrchen)

Für diese Untersuchungen benötigen wir insgesamt ca. 3 ml Serum.

Probenvorbereitung:

- 1. 1 Röhrchen (ca. 8 ml) Blut abnehmen
2. 30 min bei Raumtemperatur stehen lassen
3. 15 min bei 2 000 x g zentrifugieren
4. Überstand mit einer Pipette in ein neues Röhrchen überführen

Sollte eine Zentrifuge nicht zur Verfügung stehen, bitten wir Sie um Einsendung von ca. 8 ml Vollblut (1 Röhrchen). Bis zum Versand kann die Vollblutprobe im Kühlschrank aufbewahrt werden. Bitte nicht einfrieren!

\* Empfohlene Testkombination einer Borrelioseerstuntersuchung

Ort / Datum.....

Unterschrift.....