



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: _____

Infektiologie			Test	Kosten nach GOÄ
<input type="radio"/>	Babesia	<input type="radio"/> divergens	IgG	IIFT 34,19
		<input type="radio"/> microti	IgG	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	Babesia	<input type="radio"/> divergens	IgM	IIFT 34,19
		<input type="radio"/> microti	IgM	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	Bartonella	<input type="radio"/> henselae	IgG	IIFT 34,19
		<input type="radio"/> quintana	IgG	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	Bartonella	<input type="radio"/> henselae	IgM	IIFT 34,19
		<input type="radio"/> quintana	IgM	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	Campylobacter	<input type="radio"/> jejuni	IgG	IIFT 34,19
		<input type="radio"/> coli	IgG	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	Campylobacter	<input type="radio"/> jejuni	IgM	IIFT 34,19
		<input type="radio"/> coli	IgM	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	Chlamydia	<input type="radio"/> trachomatis	IgG	IIFT 102,57
		<input type="radio"/> pneumoniae		
		<input type="radio"/> psittaci		
<input type="radio"/>	Chlamydia	<input type="radio"/> trachomatis	IgM	IIFT 102,57
		<input type="radio"/> pneumoniae		
		<input type="radio"/> psittaci		
<input type="radio"/>	Chlamydia	<input type="radio"/> trachomatis	IgA	IIFT 102,57
		<input type="radio"/> pneumoniae		
		<input type="radio"/> psittaci		
<input type="radio"/>	EBV	VCA+EA+EBNA-1	IgG	IB 53,62
<input type="radio"/>	EBV	VCA+EA+EBNA-1	IgM	IB 53,62
<input type="radio"/>	Helicobacter	pylori	IgG	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	Helicobacter	pylori	IgM	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	Helicobacter	pylori	IgA	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	Anaplasma	phagocytophilum	IgG	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	Anaplasma	phagocytophilum	IgM	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	Ehrlichia	chaffeensis	IgG	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	Ehrlichia	chaffeensis	IgM	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	HHV-6		IgG	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	HHV-6		IgM	IIFT 34,19

Infektiologie			Test	Kosten nach GOÄ
<input type="radio"/>	HSV-1		IgG	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	HSV-1		IgM	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	HSV-2		IgG	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	HSV-2		IgM	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	HSV-1/HSV-2	Differenzierung	IgG	IB 53,62
<input type="radio"/>	HSV-1/HSV-2	Differenzierung	IgM	IB 53,62
<input type="radio"/>	Mycoplasma	<input type="radio"/> hominis	IgG	IIFT 34,19
		<input type="radio"/> pneumoniae	IgG	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	Mycoplasma	<input type="radio"/> hominis	IgM	IIFT 34,19
		<input type="radio"/> pneumoniae	IgM	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	Mycoplasma	<input type="radio"/> hominis	IgA	IIFT 34,19
		<input type="radio"/> pneumoniae	IgA	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	Toxoplasma	gondii	IgA	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	Toxoplasma	gondii	IgG	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	Toxoplasma	gondii	IgM	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	Ureaplasma	urealyticum	IgA	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	Ureaplasma	urealyticum	IgG	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	Ureaplasma	urealyticum	IgM	IIFT 34,19
<input type="radio"/>	Yersinia enterocolitica	Serotypen 0:3, 0:4, 0:6 und 0:9	<input type="radio"/> IgG	IIFT 136,76
			<input type="radio"/> IgM	IIFT 136,76
			<input type="radio"/> IgA	IIFT 136,76
<input type="radio"/>	Yersinia enterocolitica		<input type="radio"/> IgG	IB 53,62
			<input type="radio"/> IgM	IB 53,62
			<input type="radio"/> IgA	IB 53,62

Material für alle IB- und IIFT-Untersuchungen: 1 x ca. 8 ml Blut (Serum-Röhrchen)

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____