



Anschrift:

Kassen Nr.

Versicherten Nr.

Anforderungsbogen für Hebammen

Stempel Hebamme / Hebammenpraxis

Name und Unterschrift der Hebamme:

Schwangerschaftswoche:**Befund an:**☐ Patient ☐ im Notfall an Handy: _____**Rechnungsempfänger:**☐ Kasse ☐ Privat

Entsprechend den Bestimmungen der GOÄ werden die vom Labor erbrachten Leistungen den Patienten grundsätzlich direkt in Rechnung gestellt. Mit der Durchführung und Abrechnung der angeforderten Untersuchungen durch das Med. Labor Rosenheim sowie der dafür erforderlichen Datenverarbeitung bin ich einverstanden.

Datum , Unterschrift der Patientin: _____

Laboruntersuchungen:

- ☐ kleines Blutbild (EDTA)
- ☐ Blutgruppe (BG EDTA)
- ☐ Antikörpersuchtest (BG EDTA)
- ☐ Ferritin (Serum)
- ☐ OGT 50 - Blutzucker (Fluorid) 60 min – (Fluorid)
- ☐ HbsAg-Nachweis (Serum)
- ☐ Röteln IgG (Serum)
- ☐ Lues-Serologie (Serum)
- ☐ HIV - Serologie (Serum)
- ☐ Chlamydia-trachomatis-PCR (Urin) – *(nur 1x im Krankheitsfall / 12 Monaten)*
- ☐ direkter Coombs-Test (Nabelschnurblut – BG EDTA))
- ☐ BG / Rh-Faktor (Nabelschnurblut – BG EDTA)
- ☐ Urin Sediment (incl. Status)

Sonstige Angaben: