



Anschrift:

Kassen Nr.

Versicherten Nr.

Anforderungsbogen für Hebammen**Name und Unterschrift der Hebamme:**

Stempel Hebamme / Hebammenpraxis

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) – *(ab der 32. SSW)*
 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: