MEIN DIREKTLABOR
Innere Werte. Äusserst schnell.

BORRELIOSE?
WIR TESTEN ZECKEN AUF BORRELIEN.

VORGEHENSWEISE

Geben Sie die Zecke nach der Entfernung (am besten mit einer Zeckenkarte) in ein dicht schließendes Gefäß (z. B. kleine Tüte oder mit Tesafilm verschlossene Frischhaltefolie, bitte die Zecke nicht mit Tesafilm auf Papier kleben!) und schicken Sie es mit dem ausgefüllten Auftragsbeleg in unser Zentrallabor Dr. von Froreich (Adresse siehe unten).

Wir führen den Borreliose-Test mit modernen Testverfahren (PCR) durch. Ein negatives Ergebnis schließt die Infektion der Zecke mit Borrelien mit sehr großer Wahrscheinlichkeit aus. Bei einem Nachweis von Borrelien sind weitere Tests erforderlich, ob Sie tatsächlich infiziert sind.
Wir informieren Sie umgehend über das Ergebnis! Ihren Befund sowie die Rechnung zur Überweisung erhalten Sie per Post.

Bitte schicken Sie die Zecke mit dem ausgefüllten Auftragsbeleg an folgende Adresse:

Labor Dr. von Froreich GmbH,
Großmoorbogen 25,
21079 Hamburg

T +49 40 766 96-700 | **E** info@labor-stephansplatz.de
www.meindirektlabor.de

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

MEIN DIREKTLABOR
Innere Werte. Äusserst schnell.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Wohnort _____

Telefonnummer _____

Labor - Anforderungsbeleg

Probennahme-Datum
__ __ __ __ __ __

Bitte kreuzen Sie die gewünschte Analyse an:

- ☐ Nachweis von Borrelien-DNA aus der Zecke 35,00 €
- ☐ Nachweis von FSME-Virus-RNA aus der Zecke 50,00 €

Alle Preise gelten inkl. der aktuell geltenden MwSt.

Hiermit beauftrage ich die Durchführung der auf dem Auftragsschein angegebenen labormedizinischen Untersuchungen als Selbstbeauftragung. Ich wünsche die direkte Übermittlung der Untersuchungsbefunde an mich. Ich willige ein, dass - sofern im Rahmen des Behandlungsverhältnisses erforderlich - meine Daten und abgegebenen Proben an ein anderes medizinische Labor übermittelt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich die von mir gewünschten Leistungen privat zu bezahlen habe. Ebenso werden die von mir in Auftrag gegebenen Leistungen unter Umständen nicht durch meine private Krankenkasse erstattet. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber meiner gesetzlichen oder privaten Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenbeteiligung habe. Mit der Abrechnung durch das Labor Dr. von Froreich MVZ GmbH erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Datum Unterschrift