



# 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 das Labor Lademannbogen (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. Ihren Befund sowie die Rechnung zur Überweisung erhalten Sie per Post.

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

Labor Lademannbogen MVZ GmbH  
Lademannbogen 61-63  
22339 Hamburg

T +49 40 766 96-700  
www.meindirektlabor.de

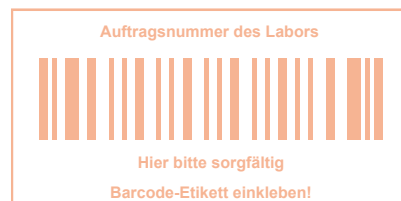
Bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen

|              |      |
|--------------|------|
| Nachname:    |      |
| Vorname(n):  |      |
| Straße, Nr.: |      |
| PLZ:         | Ort: |

|                      |                          |
|----------------------|--------------------------|
| geb. am              | Geschlecht               |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |

Telefon:

ggf. Codewort für telefonische Befundabfrage:



Probennahme

Abnahmedatum

Abnahmezeit

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 sind 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 die Labor Lademannbogen MVZ GmbH erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_



0045 1198 01