BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

MEIN DIREKTLABOR

Nachname:

Vorname(n):

Straße, Nr.:

PLZ: Ort:

Geburtsdatum:

Gebühren

☐ Blutentnahme	4,20 €
☐ Beratung 1 (10 Min.)	10,72 €
☐ Beratung 3 (20 Min.)	20,11 €

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Ich wünsche die Befundübermittlung ☐ per Onlinebefund ☐ per Post | Telefon-Nr. für den Notfall: _____

Einzelanalysen

Bauchspeicheldrüse

☐ Amylase, Lipase	6,70 €

Diabetes

☐ Blutzucker, nüchtern	2,68 €
☐ HbA1c	13,41 €
☐ HOMA-Index (Blutzucker + Insulin; nüchtern)	19,44 €

Eisenstoffwechsel

☐ Eisen	2,68 €
☐ Ferritin	16,76 €
☐ Transferrin	6,70 €
☐ Transferrinsättigung (inkl. Eisen + Transferrin)	9,38 €

Entzündungsparameter

☐ Blutbild, klein	4,03 €
☐ Blutbild, groß	5,38 €
☐ CRP	13,41 €
☐ Blutsenkung	2,68 €

Gerinnung

☐ Quick	3,35 €
☐ aPTT	3,35 €

Herz-Kreislauf

☐ Triglyceride, Cholesterin, HDL-/LDL-Chol.	10,72 €
☐ Lipoprotein (a)	20,11 €
☐ Homocystein	38,20 €

Hormone

☐ Mann: Oestradiol, LH, FSH, Testosteron, SHBG	110,60 €
☐ Frau: Oestradiol, LH, FSH, Progesteron	80,44 €

Zyklustag: _____

☐ Testosteron	23,46 €
☐ Prolaktin	23,46 €
☐ Cortisol	16,76 €
☐ β-HCG	16,76 €

Infektionsdiagnostik

Sexuell übertragbare Infektionen

☐ HIV-1/2-Suchtest	20,11 €
☐ HIV-PCR	147,46 €
☐ Hepatitis B (HBs-Antigen)	16,76 €
☐ Hepatitis-C-Antikörper	26,81 €
☐ Herpes-simplex-IgG/IgM-Antikörper	36,20 €
☐ Neisseria-gonorrhoeae-DNA (Erststrahlurin)	33,51 €
☐ Chlamydia-trachomatis-DNA (Erststrahlurin)	33,51 €
☐ Syphilis (TPHA)	23,46 €
☐ STI-Multiplex-Test (Erststrahlurin)	67,02 €

Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum, Trichomonas vaginalis

Weitere Infektionen

☐ Borrelien-Suchtest (IgG/M-AK)	46,92 € - 154,16 €
☐ Harnwegsinfektion	75,70 € - 105,70 €

Urinteststix, Harnsediment, Keimidentifizierung, Antibiogramm

☐ Helicobacter-pylori-Antigen (Stuhl)	16,76 €

Leber

☐ GOT (ASAT)	2,68 €
☐ GPT (ALAT)	2,68 €
☐ Y-GT	2,68 €
☐ Alkalische Phosphatase	2,68 €
☐ Bilirubin gesamt	2,68 €
☐ Cholinesterase (CHE)	2,68 €

Niere

☐ Harnsäure	2,68 €
☐ Harnstoff	2,68 €
☐ Kreatinin	2,68 €
☐ Natrium	2,01 €
☐ Kalium	2,01 €
☐ Calcium	2,68 €

Prostata

☐ PSA	20,11 €
☐ freies PSA	20,11 €

Schilddrüse

☐ TSH	16,76 €
☐ freies T4	16,76 €
☐ freies T3	16,76 €

Vitamine / Spurenelemente

☐ Vitamin A	24,13 €
☐ Vitamin B1	38,20 €
☐ Vitamin B2	38,20 €
☐ Vitamin B6	38,20 €
☐ Vitamin B12	16,76 €
☐ Vitamin D (25-OH)	21,45 €
☐ Vitamin E	24,13 €
☐ Folsäure	16,76 €
☐ Holotranscobalamin	32,18 €
☐ Jod	60,33 €
☐ Kupfer	2,68 €
☐ Magnesium	2,68 €
☐ Selen	27,49 €
☐ Zink	6,04 €

Sonstiges

☐ Albumin	10,05 €
☐ Blutgruppe	60,33 €
☐ Eiweiß-Elektrophorese	13,41 €
☐ Gesamt-Eiweiß	2,01 €
☐ IgE	16,76 €
☐ Phosphat	2,68 €

bitte wenden

Stand 02/2026

Profile

☐ **Basis-Check** **41,55 €**
Blutbild, groß; Blutzucker, nüchtern; Fette (Triglyceride, Cholesterin, HDL-/LDL-Cholesterin); Kreatinin; GOT; GPT (ALAT); Gamma-GT; Natrium; Kalium; Calcium; Bilirubin gesamt; Harnsäure

☐ **Darmkrebsvorsorge** **12,06 €**
IFOBT- (FIT-) Stuhltest

☐ **Herz-Kreislauf-Check** **68,39 €**
Blutbild, groß; Blutzucker, nüchtern; Fette (Triglyceride, Cholesterin, HDL-/LDL-Cholesterin); HbA1c; Lipoprotein (a); CRP; Kreatinin

☐ **Vegetarisch** **97,89 €**
Blutbild, klein; Ferritin; Vitamin B12 + Folsäure; Selen; Zink; Vitamin D (25-OH); Calcium; Kreatinin

☐ **Vegan** **136,09 € (196,42 € - inkl. Jod)**
Blutbild, klein; Ferritin; Vitamin B12 + Folsäure; Selen; Zink; Vitamin B2; Vitamin D (25-OH); Calcium; Kreatinin ☐ **+ Jod**

☐ **Nährstoffmangel** **225,92 €**
Ferritin; Vitamin D (25-OH); Calcium; Vitamin B12; Vitamin B2; Jod; Holotranscobalamin; Folsäure; Blutbild (klein); Zink; Selen

☐ **Haarausfall** **211,85 €**
Blutbild, klein; CRP; TSH; Ferritin; Zink; Selen; LH; FSH; Oestradiol; Progesteron; Testosteron; DHEA-S

☐ **Osteoporose-Screening** **129,37 €**
Calcium; Vitamin D (25-OH); Osteocalcin; β-Crosslinks im Urin; PTH; Kreatinin

☐ **Sport-Check-Up** **75,75 €**
Blutbild, groß; Blutzucker, nüchtern; Fette (Triglyceride, Cholesterin, HDL-/LDL-Cholesterin); Kreatinin; Vitamin D (25-OH); Ferritin; Magnesium; Calcium; Leberwerte (GOT, GPT, Gamma-GT, Bilirubin gesamt)

☐ **Übergewicht** **63,01 €**
TSH; Cortisol; Blutzucker, nüchtern; HbA1c; Fette (Triglyceride, Cholesterin, HDL-/LDL-Cholesterin); Harnsäure

☐ **Glutenunverträglichkeit (Zöliakie)** **40,21 €**
IgA; AK gg. Transglutaminase IgA

0045 1154 10

Einwilligungserklärung und Aufklärungsverzicht

Hiermit beauftrage ich die Durchführung der auf dem Auftragsschein angegebenen labormedizinischen Untersuchungen als Selbstbeauftragung, d.h. ohne Überweisung durch einen behandelnden Arzt. Ich nehme zur Kenntnis, dass labormedizinische Untersuchungsergebnisse ohne vollständige Erhebung der Vorgeschichte eine eingeschränkte Aussagekraft haben können. Trotz ihrer generellen Wichtigkeit in der Diagnostik zeigen labormedizinische Untersuchungen grundsätzlich immer nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit bestimmte Erkrankungen an. Das bedeutet, ein "normaler" Laborbefund kann u.U. auch bei Erkrankten erhoben werden. Umgekehrt können auffällige Laborwerte auch bei Gesunden vorkommen. Deswegen sollten labormedizinische Befunde nicht isoliert, sondern immer im Zusammenhang mit der Anamnese und ggf. anderen Untersuchungsbefunden fachkundig durch einen Arzt bzw. Facharzt interpretiert werden.

☐ **Falls keine ärztliche Beratung gebucht ist:**
Über die von mir gewünschten Leistungen habe ich mich selbst informiert. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich vor der Beauftragung der Laboruntersuchungen im Medizinischen Labor Oldenburg eine ärztliche Konsultation in Anspruch nehmen kann. Ich verzichte aber ausdrücklich auf eine ärztliche Aufklärung zu Bedeutung und Risiken der gewünschten Laboruntersuchung und zur Probenentnahme. Ein Aufklärungsverzicht über den Befund wird von dieser Erklärung ausdrücklich nicht erfasst.

☐ Ich willige ein, dass meine Daten und abgegebenen Proben an ein anderes medizinische Labor übermittelt werden dürfen; sofern im Rahmen des Behandlungsverhältnisses erforderlich.
Für Partnerlaboranalysen ist diese Einwilligung notwendig.

Mir ist bekannt, dass ich die von mir gewünschten Gesundheitsleistungen privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen habe, da diese Leistungen als Wunschleistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. 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 nach GOÄ durch die MVZ Medizinisches Labor Oldenburg GmbH erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten