

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Diagnose / Medikation:

# Anforderungsschein Bio Immun (G)en Medizin

Privatauftrag  Igel-Auftrag

### Patienteninformation:

Ich wurde durch den behandelnden Arzt über die Laboruntersuchungen informiert. Sie werden auf meinen Wunsch veranlasst. Für mich entstehen Kosten nach der aktuellen GOÄ (Januar 2002). Mit der Weitergabe der Laborergebnisse an Dr. Glady sowie der Daten zur Rechnungslegung bin ich einverstanden.

Q	J	J
Quartal		
W	M	
Geschlecht		

Datum/ Unterschrift des Patienten (für jeden Auftrag erforderlich)

Gewicht kg		SSW Tag			
Sammelmenge ml		Größe cm		Zyklustag	

T	T	M	M	J	J
Abnahmedatum					
h	h	m	m		
Abnahmezeit					

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Praxisstempel

Version: 06.2020

MVZ Labor Dr. Reising-Ackermann und Kollegen | Strümpellstr. 40 a | 04289 Leipzig | Telefon: 0341 6565 100 | Fax: 0341 6565 400 | www.labor-leipzig.de

## Persönliche Profile

- |                                   |                                   |                                   |                                    |                                    |                                    |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Profil 1 | <input type="checkbox"/> Profil 2 | <input type="checkbox"/> Profil 3 | <input type="checkbox"/> Profil 4  | <input type="checkbox"/> Profil 5  | <input type="checkbox"/> Profil 6  |
| <input type="checkbox"/> Profil 7 | <input type="checkbox"/> Profil 8 | <input type="checkbox"/> Profil 9 | <input type="checkbox"/> Profil 10 | <input type="checkbox"/> Profil 11 | <input type="checkbox"/> Profil 12 |

## Basisprofile

- Lymphozytentypisierung - Basis  E, Hep  Th1 / Th2 / Th17 - Differenzierung  Hep  Proteinpanel  S

### IFT - Teste

- Herpesviren komplett **S**
- Herpesviren+Parvovirus B19 **S**
- Herpesviren einzeln**
- CMV-IgG **S**
- EBNA **S**
- EBV-EA **S**
- EBV-IgG **S**
- HSV-IgG (HSV1/2) **S**
- VZV-IgA **S**
- VZV-IgG **S**

### Sonstige

- Chlam.pneumoniae-IgA **S**
- Chlam.pneumoniae-IgG **S**
- Chlam.trachomatis-IgA **S**
- Chlam.trachomatis-IgG **S**
- RSV-IgA **S**
- RSV-IgG **S**

### ELISA - Teste

- Borrelia-IgG **S**
- Borrelia-IgM **S**
- Parvovirus B19 IgG **S**
- Parvovirus B19 IgM **S**
- Hämophilus Influenza-IgG **S**
- Pneumokokken-IgG **S**

### Autoimmun-Ak

- ANA **S**
- c-ANCA **S**
- p-ANCA **S**
- ENA **S**
- TPO-Ak (MAK) **S**
- Anti-TG-Ak (TAK) **S**

### Tumormarker

- Thymidinkinase **S**
- Beta-2-Mikroglobulin **S**
- M2-PK **St**
- HLA-Typisierung **E**

**Achtung!**  
**Untersuchung mit**  
**Einverständniserklärung**  
**Separates EDTA Röhrchen**  
**(9ml)**

### Sonstige Parameter

- IgE gesamt **S**
- FT3 **S**
- FT4 **S**
- TSH **S**
- Zirkulierende Immunkomplexe (ZIK) **S**

### Weitere Untersuchungen



0059 0243 10

Krankenkassen bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Geschlecht des Patienten:  
 männlich     weiblich     divers     unbestimmt

Ethnische Herkunft .....

## Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Stempel

**Bitte das Formular vollständig ausfüllen!**

**Angeforderte genetische Untersuchung (ggf. Gene/Indikation):**

.....  
 .....  
 .....

diagnostisch  
 prädiktiv / keine Symptome  
 vorgeburtlich<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Auf die Risiken vor allem bei vorgeburtlichen invasiven Untersuchungen wird im Zuge der Aufklärung zum Eingriff hingewiesen.

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die oben genannte Untersuchung und deren Bedeutung informiert und habe diese verstanden. Ich hatte genügend Bedenkzeit und bin mit der genetischen Untersuchung einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder mündlich gegenüber meinem behandelnden Arzt widerrufen kann; dieser wird einen mündlichen Widerruf unverzüglich dokumentieren. Er wird auch dem genannten Labor unverzüglich einen Nachweis des Widerrufs übermitteln.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag bei Bedarf an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann und Ergebnisse zur medizinischen Beurteilung mitgeteilt werden können.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich möchte über die erhobenen Ergebnisse der genetischen Analysen informiert werden. Über mein Recht auf Nichtwissen bin ich informiert worden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich möchte über ggf. erhobene Neben- und Zufallsbefunde informiert werden, wenn sie hinsichtlich meiner persönlichen Gesundheit und der meiner Blutsverwandten von Relevanz sind.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analysen auch an folgende Ärzte / Personen geschickt werden (Name & Adresse): .....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus gespeichert werden ohne darauf Anspruch zu erheben.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass erhobene Daten und Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung in verschlüsselter Form zur Qualitätssicherung dokumentiert werden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass meine genetische Probe (DNA) nicht nach gesetzlicher Vorgabe unverzüglich vernichtet, sondern für spätere genetische Untersuchungen archiviert wird. Sind diese Untersuchungen vollständig abgeschlossen, übereigne ich das verbleibende genetische Material in anonymisierter Form dem untersuchenden Labor zur Qualitätssicherung sowie zu Forschungszwecken.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Herausgeber: © Limbach Gruppe SE -11/2019\_V5

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/-in bzw. aller gesetzlicher Vertreter

Unterschrift des/der GenDG verantwortlichen Arztes/Ärztin

Bei weiterführenden Fragen wenden Sie sich bitte an:

MVZ Labor Dr. Reising-Ackermann und Kollegen  
 Humangenetische Praxis, Tel. +49 341 99398491  
 Zytogenetisches Labor, Tel. +49 375 281126  
 Molekulargenetisches Labor, Tel. +49 341 6565795

\_\_\_\_\_  
 Name des/der Arztes/Ärztin in Druckbuchstaben