

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

Diagnose / Medikation:

Anforderungsschein

Mikroimmuntherapie - MeGeMit

Privatauftrag IGeL-Auftrag

Patienteninformation:

Ich wurde durch meinen behandelnden Arzt über die Laboruntersuchungen informiert. Sie werden auf meinen Wunsch veranlasst. Mit ist bekannt, dass mir die erbrachten Laborleistungen nach derzeit gültiger "Gebührenordnung für Ärzte" (GOÄ) berechnet werden. Ich erteile mein Einverständnis, dass alle rechnungsrelevanten Daten weitergegeben werden.

Q	J	J
Quartal		
W	M	
Geschlecht		

Datum/ Unterschrift des Patienten (für jeden Auftrag erforderlich)

Gewicht kg			SSW Tag		
T	T	M	M	J	J
Abnahmedatum			Abnahmezeit		
Sammelmenge ml			Größe cm		Zyklustag

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Praxisstempel

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 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
- Impfprofil komplett S

Impftiter einzeln

- Anti-HAV-IgG S
- Anti-HBs S
- Diphtherie-Ak S
- FSME-IgG S
- Masern-IgG S
- Poliomyelitis-Ak S
- Tetanus-Ak S

Autoimmun-Ak

- Autoimmun-Ak-Profil komplett S
- Autoimmun-Ak einzeln**
- 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 MeGeMit E

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

Sonstige Parameter

- IgE gesamt S
- s-IL-2-Rezeptor S
- Zirkulierende Immunkomplexe (ZIK) S
- Zonulin S

Weitere Untersuchungen



0059 0535 01

Krankenkassen bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Geschlecht des Patienten:		
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt		
Ethnische Herkunft		

Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Stempel

Bitte das Formular vollständig ausfüllen!

Angeforderte genetische Untersuchung (ggf. Gene/Indikation):	
.....	<input type="checkbox"/> diagnostisch
.....	<input type="checkbox"/> prädiktiv / keine Symptome
	<input type="checkbox"/> vorgeburtlich ¹

¹Auf 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