

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

# Belegtyp 18

Neurale Antikörper

- Männlich     Weiblich  
 Divers     Unbestimmt  
 Fax: \_\_\_\_\_  
 Befundkopie an Patient  
 Nachanforderung  
 Schwanger SSW / SST: W|W|T



Abnahmedatum:

Abnahmezeit:

- Privat stationär     Privat ambulant     IGeL  
 GKV stationär     GKV ambulant **nur** mit Überweisungsschein Muster 10

**Bitte beachten Sie die Hinweise zur Abrechnung auf der Rückseite.**

Einsenderinformationen (Name, Adresse, etc.)	Weitere Anforderungen

**Patienteninformationen**

Enzephalitis     Kognitive / psychische Störungen  
 Epilepsie     Kleinhirnsyndrom  
 Schlafstörung     Demyelinisierende ZNS-Erkrankungen  
 Polyneuropathie / Immunneuropathie  
 Andere klinische Angaben / Diagnose

Datum Erkrankungsbeginn:

**Verlaufskontrolle bekannter Antikörper**

S-L	S	L
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Autoimmunenkephaliden / Kleinhirnsyndrom / Übererregbarkeitssyndrom (z. B. Stiff-man, Neuromyotonie) / Schlafstörungen / Bewegungsstörungen**

<p>S-L <input type="checkbox"/></p> <p>S <input type="checkbox"/></p> <p>L <input type="checkbox"/></p> <p>Serum-Liquor</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Standardprogramm</b> (inkl. Titration positiver Befunde bei Oberflächen- und GAD-AK)</p> <p>- Zellbasierter Assay (IIF): AK gegen LG1, CASPR2, NMDAR, GlyR, IgLON5, AMPAR1/2, GABABR, GABAAR, GAD65, DPPX, mGluR5, mGluR1</p> <p>- Immunblot: AK gegen Hu, Ma2/Ta, Ri, Yo, SOX1, CV2, DNER/Tr, Zic4, Amphiphysin, Recoverin, Titin</p> <p>- Gewebebasierter Assay (IIF auf Maushirn): Onkoneurale AK, AK gegen: Neuropil, ANNA3, Purkinjezellen, GAD65, GFAP, Adenylylkinase-5, Neurexin 3-α</p> <p><input type="checkbox"/> VGKC (spannungsabhängige Kalium-Kanäle)-Komplex-AK (RIA)</p>
<p>S-L <input type="checkbox"/></p> <p>S <input type="checkbox"/></p> <p>L <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> GFAP-AK (zellbasierter Assay, IIF auf Maushirn)</p>
<p>S <input type="checkbox"/></p> <p>S <input type="checkbox"/></p> <p>L <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Ergänzung Hirnstammencephalitis</b></p> <p>GQ1b, GM1, GD1b AK <b>IgG</b> (Immunblot)</p> <p>GQ1b, GM1, GD1b AK <b>IgM</b> (Immunblot)</p>
<p>S <input type="checkbox"/></p> <p>S <input type="checkbox"/></p> <p>L <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Ergänzung Kleinhirnsyndrom</b></p> <p><input type="checkbox"/> VGCC (spannungsabhängige Calcium-Kanäle)-AK (RIA)</p> <p><input type="checkbox"/> Seltene Purkinjezell- und Kleinhirnantikörper: Homer 3, ITPR1, ARHGAP26, Neurochondrin (zellbasierter Assay)</p>

**Anti-NMDAR-Enzephalitis / Autoimm. Post-Herpes- / Post-Varizellen-Enzephalitis**

<p>S-L <input type="checkbox"/></p> <p>S <input type="checkbox"/></p> <p>L <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> NMDAR-AK (zellbasierter Assay)</p> <p>Falls positiv: Indirekte Immunfluoreszenz (IIF) auf Maushirn</p> <p><input type="checkbox"/> CXCL13 (ELISA)</p> <p><input type="checkbox"/> Neuropil-AK (IIF auf Maushirn)</p>
<p>S <input type="checkbox"/></p> <p>S <input type="checkbox"/></p> <p>L <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Demyelinisierende ZNS-Erkr. (z.B. NMOSS, ADEM, Optikusneuritis), Myelitis</b></p> <p><input type="checkbox"/> Aquaporin 4-AK (zellbasierter Assay)</p> <p><input type="checkbox"/> MOG-AK (Live-Cell-Assay)</p> <p><input type="checkbox"/> GFAP-AK (zellbasierter Assay, IIF auf Maushirn)</p> <p><input type="checkbox"/> Klassische onkoneurale Antikörper und andere AK gegen intrazell. Antigene Hu, Ma2/Ta, Ri, Yo, SOX1, CV2, DNER/Tr, Zic4, Amphiphysin, Recoverin, Titin (Immunblot)</p> <p>Falls Immunblot positiv: Indirekte Immunfluoreszenz (IIF) auf Maushirn</p>

**Polyneuropathie / Immunneuropathie / neuropathischer Schmerz**

<p>S-L <input type="checkbox"/></p> <p>S <input type="checkbox"/></p> <p>S <input type="checkbox"/></p> <p>S <input type="checkbox"/></p> <p>S <input type="checkbox"/></p> <p>S <input type="checkbox"/></p>	<p>GQ1b, GM1, GM2, GM3, GD1a, GD1b, GT1b AK <b>IgG</b> (Immunblot)</p> <p>GQ1b, GM1, GM2, GM3, GD1a, GD1b, GT1b AK <b>IgM</b> (Immunblot)</p> <p>MAG-AK IgM (IIF peripherer Nerv, Immunblot)</p> <p><input type="checkbox"/> Klassische onkoneurale Antikörper und andere AK gegen intrazell. Antigene Hu, Ma2/Ta, Ri, Yo, SOX1, CV2, DNER/Tr, Zic4, Amphiphysin, Recoverin, Titin (Immunblot)</p> <p>Falls Immunblot positiv: Indirekte Immunfluoreszenz (IIF) auf Maushirn</p> <p><input type="checkbox"/> AK gegen nodale / paranodale Antigene: CNTN1/CASPR1, CNTN1, Neurofascin 155, Neurofascin 186 (zellbasierter Assay)</p> <p><input type="checkbox"/> LGI1-AK, CASPR2-AK (zellbasierter Assay)</p>
<p>S <input type="checkbox"/></p> <p>S <input type="checkbox"/></p> <p>S <input type="checkbox"/></p> <p>S <input type="checkbox"/></p> <p>S <input type="checkbox"/></p> <p>S <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Myasthene Syndrome (Myasthenia gravis, Lambert-Eaton-Syndrom)</b></p> <p><input type="checkbox"/> AChR (Muskuläre nikotinische Acetylcholinrezeptor)-AK (RIA)</p> <p><input type="checkbox"/> MuSK-AK (RIA)</p> <p><input type="checkbox"/> Titin-AK (Immunblot)</p> <p><input type="checkbox"/> VGCC (spannungsabhängige Calcium-Kanäle)-AK (RIA)</p> <p><input type="checkbox"/> SOX1-AK (Immunblot)</p>
<p>S <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Myositis</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mi-2a, Mi-2b, TIF1g, MDA5, NXP2, SAE1, Ku (86, 72), PM100, PM75, Jo-1, SRP, PL-7, PL-12, EJ, OJ, Ro52 AK IgG (Immunblot)</p>

Ort, Datum, Unterschrift des Einsenders

**HINWEIS:** Die Untersuchung eines Serum-Liquor-Paares bietet die höchste diagnostische Sicherheit und Aussagekraft.

Bitte schicken Sie den Auftrag an:

MVZ Labor Krone GbR | Siemensstraße 40 | 32105 Bad Salzuffen | Tel.: +49 5222 8076-259 | Fax: +49 5222 8076-39259



0051 0018 13

## Erläuterungen zum Beleg

Achten Sie darauf, auf dem Belegtyp 18 das Feld »Einsenderinformationen« mit Ihrem Praxisstempel zu versehen und sowohl auf dem Schein als auch auf der Probe den Patientennamen zu vermerken. Einsender, die bereits mit dem Barcodeheft des Labor Krone arbeiten, können dies wie gewohnt nutzen.

Weitere Anforderungsbelege schicken wir Ihnen auf Wunsch zu: +49 5222 8076 259

## Abrechnungsarten

Privat ambulant	Abrechnung nach GOÄ für Privatversicherte. Rechnung erfolgt an den/die Patient/-in
Privat stationär	Abrechnung nach GOÄ für Privatversicherte. Rechnung erfolgt an den/die Patient/-in
IGeL – Rechnung an Patient/-in	Abrechnung nach GOÄ für GKV-Versicherte. Rechnung erfolgt an den/die Patient/-in
Gesetzlich versichert – stationär	Abrechnung nach GOÄ für GKV-Versicherte. Rechnung erfolgt an den Einsender
Gesetzlich versichert – ambulant	Abrechnung nach EBM für GKV-Versicherte. Bitte Anforderung mit Überweisungsschein Muster10

## IGeL

### Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (IGeL)

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich die umseitig angeforderte(n), privatärztliche(n) Laboranalyse(n) in Anspruch nehmen.

Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte(n) ärztliche(n) Leistung(en) in meinem Fall nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird/werden. Ich werde die Kosten (Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ – Stand: 01.01.2020) selbst tragen.

Gleiches gilt für die bei meinem behandelnden Arzt anfallenden Kosten. Mir ist ferner bekannt, dass für meine Krankenkasse keine Verpflichtung besteht, die Kosten ganz oder anteilig zu übernehmen.

IGeL (Rechnung an Patient/-in) Datum / Unterschrift des/der Patienten/-in: \_\_\_\_\_

## Sprechstunde neurale Antikörper

Dr. med. Corinna Bien / Prof. Dr. med. Christian Bien

Montags bis freitags 11.00 Uhr bis 12.00 Uhr

Tel.: +49 5222 8076 300

## Datenschutzhinweise

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die MVZ Labor Krone GbR, Siemensstrasse 40, 32105 Bad Salzuflen. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter [datenschutz@laborkrone.de](mailto:datenschutz@laborkrone.de). Die Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung Ihrer Daten sind die Erfüllung von Verträgen, die Wahrung des berechtigten Interesses, Ihre Einwilligung sowie die Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen. Die Datenverarbeitung erfolgt zur Erbringung der angeforderten Laboranalysen.

Verarbeitet werden u.a. personenbezogene Daten wie Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift, Krankenversicherungsdaten, Abrechnungsart, ggf.

Bankverbindung, anamnestische Daten, (Verdachts-) Diagnose, sowie zu untersuchende Parameter, die uns übermittelt werden. Wir erhalten Ihre Daten über den von Arzt/Klinik/Labor übersandte Laboranforderungsschein mit den entsprechenden Angaben. Es gelten gesetzliche Aufbewahrungsfristen für die Speicherung Ihrer Daten (mind. 10 Jahre). Wenn Sie von Ihrem Recht auf Auskunft/Löschung/Berichtigung/Widerspruch/Einschränkung der Verarbeitung Gebrauch machen möchten, kontaktieren Sie uns bitte ([datenschutz@laborkrone.de](mailto:datenschutz@laborkrone.de)). Einwilligungen können jederzeit mit zukünftiger Wirkung widerrufen werden. Sie haben darüber hinaus ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde. Alle Details zur Datenverarbeitung, zu Ihren Rechten und Pflichten entnehmen Sie bitte der detaillierten Datenschutzerklärung auf unserer Webseite: <https://www.laborkrone.de/datenschutzerklaerung/>