Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname, Adresse des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Anforderungsschein für Untersuchungen bei Kinderwunsch

Barcode hier kleben!

laborkrone

MVZ Labor Krone GmbH
Siemensstraße 40 · 32105 Bad Salzuflen

Tel. 05222 8076-565
kinderwunsch.laborkrone.de
immunologie@laborkrone.de

Abnahmedatum | Abnahmezeit

☐ weiblich ☐ männlich ☐ Telefon
☐ divers ☐ unbestimmt ☐ Fax
☐ Privat – Rechnung an Patient/in ☐ Befundkopie an Patient/in
☐ IGeL – Rechnung an Patient/in ☐ Nachanforderung
☐ GKV **nur** mit Ü-Schein Muster 10 ☐ Ü-Schein folgt

☐ schwanger SSW/SST: W W T

Einsender

STEMPEL

Klinische Angaben / Anamnese

.....

.....

.....

Aktuelle Medikation

.....

.....

.....

Diagnostische Profile

☐ **Immunologie 1 (Erstuntersuchung)**
Immunstatus groß, regulatorische T-Zellen, chronische Aktivierungsmarker, löslicher IL-2-Rezeptor, Interleukin-10, Interleukin-1-beta, TNF-alpha, Immunglobuline inklusive IgE, IgG-Subklassen, Rheumafaktor, ANA, Vitamin D3, Transglutaminase-Antikörper, Gliadin-Antikörper, CMV-PCR, CMV-Antikörper, EBV-PCR, SARS-CoV-2-Antikörper, Parvovirus-B19-Antikörper, Chlamydia-trachomatis-Antikörper, Ferritin, Transferrin-Rezeptor löslich, Ferritin-Index, Immunfixation, Schilddrüsen-Antikörper, TSH, FT3, FT4, Parathormon, Calcium, Quick, INR, PTT, APCR, Faktor-XIII-Aktivität, Protein-C-Aktivität, Protein S frei, Antithrombin-Aktivität, Lupus-Antikoagulanz, Cardiolipin-Antikörper, Lipoprotein (a), Folsäure, Vitamin B12

S E C

☐ **Immunologie 2 (Verlaufskontrolle)**
Immunstatus groß, regulatorische T-Zellen, chronische Aktivierungsmarker, löslicher IL-2-Rezeptor, GOT, GPT, Gamma-GT, Lipase

S E

☐ **weitere Anforderungen:**

.....

.....

Material: S **Serum (frisch)** E **EDTA-Blut (frisch)** C **Citratblut (frisch) – auf richtige Befüllung achten**

Stand September 2025

Datenschutzhinweise

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die MVZ Labor Krone GmbH, Siemensstraße 40, 32105 Bad Salzuflen. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter 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 (mindestens 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). 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/

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] nach aktuellem Stand) 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.

Datum	Unterschrift der Patientin / des Patienten