

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



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)

S

E

C

Immunstatus groß, regulatorische T-Zellen, chronische Aktivierungsmarker, löslicher IL-2-Rezeptor, Interleukin-10, Interleukin-1-beta, TNF-alpha, Immunglobuline inkl. 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-Antikoagulan, Cardiolipin-Antikörper, Lipoprotein [a], Folsäure, Vitamin B12

☐ Immunologie 2 (Verlaufskontrolle)

S

E

Immunstatus groß, regulatorische T-Zellen, chronische Aktivierungsmarker, löslicher IL-2-Rezeptor, GOT, GPT, Gamma-GT, Lipase

☐ Gerinnungsstörung

E

Faktor-II-Genmutation, Faktor-V-Genmutation

Diese Analyse kann nur mit Unterschrift des behandelnden Arztes / der Ärztin und der Patientin auf der umseitigen Einwilligung nach GenDG durchgeführt werden.

☐ Diagnostik des Mikrobioms (Immunsystem im Darm)

ST

☐ weitere Anforderungen:

Material:

S Serum [frisch]

E EDTA-Blut [frisch]

C Citratblut [frisch] – auf richtige Befüllung achten

ST Stuhlprobe



Einwilligung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich wurde über Art, Zweck, Umfang und Bedeutung sowie Grenzen der angeforderten genetischen Untersuchungen umfassend aufgeklärt. Mit dieser Einverständniserklärung bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ausreichender Bedenkzeit gemäß Gendiagnostikgesetz mein Einverständnis für diese Diagnostik und die dafür notwendige Probenentnahme. Ich bin mit der Befundübermittlung an die anfordernde Ärztin/Arzt und die von mir angegebenen Ärztinnen/Ärzte einverstanden.

Ich erkläre mich einverstanden mit:

Der **Weiterleitung des Untersuchungsauftrages** bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor ☐ nein

Der **Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse** über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus ☐ nein

Der **Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials** für mögliche spätere Untersuchungen ☐ nein

Der **Verwendung des Untersuchungsmaterials** für Qualitätssicherung und wissenschaftliche Zwecke ☐ nein

Der **Verwendung der Untersuchungsergebnisse** für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern ☐ nein

Aufklärung zu Zusatzbefunden

In seltenen Fällen können medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht unmittelbar angefordert wurden, jedoch im Zusammenhang mit der übergeordneten Fragestellung stehen könnten. Ich wünsche die Mitteilung dieser fragestellungsbezogenen Zusatzbefunde.

☐ ja ☐ nein

Vereinzelte können zufällig medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die unabhängig von der Fragestellung sind, jedoch nach aktuellem Kenntnisstand eine Behandlungskonsequenz für mich und meine Familie haben (in Anlehnung an die Empfehlung der ACMG). Ich wünsche die Mitteilung solcher fragestellungsunabhängigen Nebenergebnisse (Zufallsbefund).

☐ ja ☐ nein

Diese Einwilligungserklärung gemäß GenDG gilt für mich bzw. stellvertretend für mein Kind und kann jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen werden.

Name, Vorname aufklärende(r) Ärztin/Arzt

Unterschrift aufklärende(r) Ärztin/Arzt*

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)/gesetzlicher Vertreter(in)

* Im Fall einer **prädiktiven Diagnostik** bestätige ich als beauftragende(r) Ärztin/Arzt, dass ich die gemäß GenDG notwendige Qualifikation aufweise.

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

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/>