

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.      Versicherten-Nr.      Status

Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum

# Anforderungsschein 2

## Liquordiagnostik und Medikamentenspiegel

Siemensstraße 40      Tel. 05222 8076-259  
32105 Bad Salzufflen      Fax 05222 8076-39259  
neuro.laborkrone.de      neuroak@laborkrone.de

- männlich       weiblich  
 divers       unbestimmt

schwanger SSW/SST: W W T

Abnahmedatum      Abnahmezeit

\_\_\_\_\_



- Privat stationär     Privat ambulant     GKV ambulant **nur** mit Ü-Schein Muster 10     Befundkopie an Patient/in     Fax  
 GKV stationär     IGeL     Nachanforderung

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

**Einsender (Praxis/Klinik, Name, Adresse etc.)**

Stempel und Unterschrift

**Weitere Anforderungen**

**Klinische Fragestellung / Symptome**

.....

.....

**Individuelle Profile**

Profil 1       Profil 6  
 Profil 2       Profil 7  
 Profil 3       Profil 8  
 Profil 4       Profil 9  
 Profil 5       Profil 10

**Profile können einsender-spezifisch konfiguriert werden.**

- L = Liquor    S = Serum    EB = EDTA-Blut    EPL = EDTA-Plasma    DB = Trockenblut    N/OS = Nasen-/Ohrensekret

Liquor	Akutdiagnostik	Basisdiagnostik	Neurodegenerative Erkrankungen	Sonstige Analysen
	<input type="checkbox"/> Erythrozyten L <input type="checkbox"/> Ferritin L <input type="checkbox"/> Gesamteiweiß L <input type="checkbox"/> Glucose L <input type="checkbox"/> Lactat L <input type="checkbox"/> Zelldifferenzierung <sup>1</sup> L	<input type="checkbox"/> Reiber Diagnostik L+S <input type="checkbox"/> IgG-Quotient L+S <input type="checkbox"/> IgA-Quotient L+S <input type="checkbox"/> IgM-Quotient L+S <input type="checkbox"/> inkl. Albumin-Quotient <input type="checkbox"/> Oligoklonale Banden L+S <input type="checkbox"/> MRZ-Reaktion [Masernvirus, Rötelnvirus, VZV] L+S	<input type="checkbox"/> Demenzmarker L [Beta-Amyloid 1-42, Beta-Amyloid 1-40, Tau-Protein, Phospho-Tau-Protein] <sup>2,3</sup> <input type="checkbox"/> Neurofilamente [pNfH] <sup>2,3</sup> L <input type="checkbox"/> Neurofilamente [pNfH] <sup>3</sup> S <input type="checkbox"/> Protein 14-3-3 <sup>2</sup> L	<input type="checkbox"/> CXCL13 L <input type="checkbox"/> Kappa-FLC-Index L+S inkl. Albumin-Quotient <input type="checkbox"/> Beta-2-Transferrin N/OS <input type="checkbox"/> Löslicher IL-2-Rezeptor L <input type="checkbox"/> Löslicher IL-2-Rezeptor S <input type="checkbox"/> Lysozym L <input type="checkbox"/> Lysozym S

<sup>1</sup> Zellzahl angeben und Zytopräparat einschicken  
<sup>2</sup> Polypropylenröhrchen nutzen  
<sup>3</sup> bei Postversand Material tiefrieren

Infektionsdiagnostik	Indirekter Erreger-Nachweis I	Indirekter Erreger-Nachweis II	Direkter Erreger-Nachweis PCR I	Direkter Erreger-Nachweis PCR II
	<input type="checkbox"/> Adenoviren L+S <input type="checkbox"/> Borrelien L+S <input type="checkbox"/> Brucellen L+S <input type="checkbox"/> CMV L+S <input type="checkbox"/> EBV L+S <input type="checkbox"/> Enteroviren L+S <input type="checkbox"/> FSME L+S <input type="checkbox"/> HSV Typ 1/2 L+S <input type="checkbox"/> Masernvirus L+S	<input type="checkbox"/> Mumpsvirus L+S <input type="checkbox"/> Neurolyues/Lues <input type="checkbox"/> TPPA L+S <input type="checkbox"/> FTA-Abs-IgG L+S <input type="checkbox"/> FTA-Abs-IgM L+S <input type="checkbox"/> VDRL L+S <input type="checkbox"/> Rötelnvirus L+S <input type="checkbox"/> VZV L+S	<input type="checkbox"/> Adenoviren DNA L <input type="checkbox"/> BKV DNA L <input type="checkbox"/> B. burgdorferi DNA L <input type="checkbox"/> CMV DNA L <input type="checkbox"/> EBV DNA L <input type="checkbox"/> Enteroviren RNA L <input type="checkbox"/> FSME RNA L <input type="checkbox"/> HHV Typ 6 DNA L <input type="checkbox"/> HIV-1 RNA L	<input type="checkbox"/> HSV Typ 1 DNA L <input type="checkbox"/> HSV Typ 2 DNA L <input type="checkbox"/> JCV DNA L <input type="checkbox"/> L. monocytogenes DNA L <input type="checkbox"/> M. tuberculosis DNA L <input type="checkbox"/> T. gondii DNA L <input type="checkbox"/> VZV DNA L <input type="checkbox"/> West-Nil-Virus RNA L

**Zum indirekten Erreger-Nachweis wird ein vollständiges Reiberschema (Albumin, IgG, IgA, IgM) mit den zugehörigen erregerspezifischen Antikörpern (IgG, IgA und/oder IgM) im Serum und, soweit erforderlich, im Liquor bestimmt.**

Medikamentenspiegel	Anfallssuppressiva I	Anfallssuppressiva II	Benzodiazepine	Neuroleptika
	<input type="checkbox"/> 10-OH-Carbazepin S <input type="checkbox"/> Brivarecetam S <input type="checkbox"/> Brom/Kaliumbromid S <input type="checkbox"/> Cannabidiol S <input type="checkbox"/> Carbamazepin S <input type="checkbox"/> Cenobamat S <input type="checkbox"/> Ethosuximid S <input type="checkbox"/> Felbamat S <input type="checkbox"/> Fenfluramin/Norfenfluramin S <input type="checkbox"/> Gabapentin S <input type="checkbox"/> Lacosamid S/DB <input type="checkbox"/> Lamotrigin S/DB <input type="checkbox"/> Levetiracetam S/DB	<input type="checkbox"/> N-Desmethylnesuximid S <input type="checkbox"/> Perampanel S <input type="checkbox"/> Phenobarbital S <input type="checkbox"/> Phenytoin S <input type="checkbox"/> Pregabalin S <input type="checkbox"/> Primidon S <input type="checkbox"/> Rufinamid S <input type="checkbox"/> Stiripentol S <input type="checkbox"/> Sultiam S <input type="checkbox"/> Topiramat S <input type="checkbox"/> Valproinsäure S <input type="checkbox"/> Valproinsäure, freier Anteil S <input type="checkbox"/> Vigabatrin S <input type="checkbox"/> Zonisamid S	<input type="checkbox"/> Bromazepam S <input type="checkbox"/> Clobazam/DM-Clobazam S <input type="checkbox"/> Clonazepam S <input type="checkbox"/> Diazepam/Nordiazepam S <input type="checkbox"/> Lorazepam S <input type="checkbox"/> Midazolam S <input type="checkbox"/> Oxazepam S	<input type="checkbox"/> Amisulprid S <input type="checkbox"/> Aripiprazol/Dehydroaripiprazol S <input type="checkbox"/> Clozapin/DM-Clozapin S <input type="checkbox"/> Flupentixol S <input type="checkbox"/> Haloperidol S <input type="checkbox"/> Olanzapin S <input type="checkbox"/> Promethazin S <input type="checkbox"/> Quetiapin/Norquetiapin S <input type="checkbox"/> Risperidon/9-OH-Risperidon S
			Antidepressiva	Immunsuppressiva
			<input type="checkbox"/> Citalopram S <input type="checkbox"/> Duloxetin S <input type="checkbox"/> Fluoxetin/Norfluoxetin S <input type="checkbox"/> Mirtazapin S <input type="checkbox"/> Paroxetin S <input type="checkbox"/> Sertralin S <input type="checkbox"/> Venlafaxin/ODM-Venlafaxin S	<input type="checkbox"/> Cyclosporin A EB <input type="checkbox"/> Everolimus EB <input type="checkbox"/> Mycophenolat EPL <input type="checkbox"/> Sirolimus EB <input type="checkbox"/> Tacrolimus EB



## Erläuterungen zum Anforderungsschein

Achten Sie darauf, auf dem Anforderungsschein Neurologie 2 das Feld »Einsender« 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.

## 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 Muster 10.

## 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.

IGeL [Rechnung an Patient/-in]

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin / des Patienten

## 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/>