Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Belegtyp: 7

☐ Männlich ☐ Weiblich
☐ Divers ☐ Unbestimmt
☐ Fax ☐ Telefon
☐ Befundkopie an Patient
☐ Nachanforderung
☐ Schwanger SSW / SST: W W T

Barcode hier kleben!

Abnahmedatum

Abnahmezeit

☐ Privat-Rechn. an Patient/-in ☐ IGeL-Rechn. an Patient/-in ☐ Honorarmanagement ☐ Arbeitsmedizin ☐ BG ☐ Studie

Allgemeine Mikrobiologie

- ☐ Abstrich (bitte spezifizieren)
- ☐ Abzessabstrich
- ☐ Achselabstrich ☐ links ☐ rechts
- ☐ Analabstrich
- ☐ Augenabstrich ☐ links ☐ rechts
- ☐ Blutkultur aerob + anaerob
- ☐ Bronchiallavage
- ☐ Bronchialsekret
- ☐ Cervixabstrich
- ☐ Dekubitusabstrich (bitte spez.)
- ☐ Gelenkabstrich (bitte spez.)
- ☐ Genitalabstrich (bitte spez.)
- ☐ Haaransatzabstrich
- ☐ Harnröhrenabstrich
- ☐ Hautabstrich (bitte spez.)
- ☐ Katheter (bitte spez.)
- ☐ Leistenabstrich ☐ links ☐ rechts
- ☐ Magensaft
- ☐ Mundhöhlenabstrich
- ☐ Nasenabstrich ☐ links ☐ rechts
- ☐ Ohrabstrich ☐ links ☐ rechts
- ☐ Punktat (bitte spez.)
- ☐ Pustelabstrich (bitte spez.)
- ☐ Rachenabstrich
- ☐ Rektalabstrich
- ☐ Sputum
- ☐ Tonsillenabstrich ☐ links ☐ rechts
- ☐ Trachealsekret
- ☐ Ulkusabstrich (bitte spez.)
- ☐ Urin (bitte spez.)
- ☐ Urin (Eintauchnährboden)
- ☐ Vaginalabstrich
- ☐ Wundabstrich (bitte spez.)
- ☐ sonstiges (bitte spez.)

Stuhldiagnostik

- ☐ Stuhl
- ☐ * blutig
- ☐ * flüssig
- ☐ * chron. rezidivierende Diarrhoe
- ☐ * nach Antibiotikatherapie
- ☐ * nach Auslandsaufenthalt

Anforderung Immunologische Stuhldiagnostik

- ☐ Calprotectin
- ☐ Lactoferrin
- ☐ Pankreaselastase

Anforderung allg. Mikrobiologie

- ☐ Kultur
- ☐ Antibiogramm

- ☐ Sproßpilze
- ☐ haem. Strep.
- ☐ haem. Strep. Gr. A
- ☐ haem. Strep. Gr. B

- ☐ Neisseria gonorrhoeae

- ☐ MRSA

- ☐ MRGN

- ☐ VRE

- ☐ TBC-Kultur
- ☐ TBC-Kultur + PCR

- ☐ Dermatophyten
  Nägel oder Hautschuppen

Anforderung Stuhldiagnostik

- ☐ Pathogene Keime
- ☐ Salmonellen
- ☐ Shigellen
- ☐ Campylobacter
- ☐ Yersinien
- ☐ Vibrionen / Aeromonaden
- ☐ Sproßpilze
- ☐ Clostrid. difficile
- ☐ Clostrid. perfringens
- ☐ EHEC
- ☐ Rotaviren
- ☐ Adenoviren
- ☐ Astroviren
- ☐ Noroviren
- ☐ Sapoviren
- ☐ Helicobacter pylori
- ☐ Parasiten
- ☐ Lamblien
- ☐ Amöben
- ☐ Kryptosporidien
- ☐ Würmer / Wurmeier

Datum / Unterschrift des Veranlassers

Diagnose(n):

Entnahmeort:

Weitere Anforderungen:

MUSTER

Erläuterungen zum Beleg

Dieses Anforderungsformular bitte vollständig ausfüllen und wie die Proben mit dem Auftragsbarcode aus Ihrem Barcodeheft bekleben. Sofern Sie weitere Anlagen (z.B. Vorbefunde, Fragebögen etc.) übersenden möchten, sollten auch diese mit dem Auftragsbarcode des Patienten versehen sein. Bitte keine Kopien verwenden. Weitere Anforderungsbelege schicken wir Ihnen auf Wunsch zu:

Darmpathogene Erreger (Stufendiagnostik)

* Anforderung / klinische Angaben	Salmonellen, Shigellen, Yersinien, Campylobacter	Rotaviren, Astroviren, Adenoviren, Noroviren, Sapoviren	EHEC	Vibrionen/ Aeromonas / Plesiomonas	Clostrid. difficile Clostrid. perfringens	Parasiten-mikroskopie	Lamblien, Amöben	Kryptosporidien
Stuhl, pathogene Keime	x							
Stuhl, flüssig	x	x	x		x (nur C. difficile)			x
Stuhl, chron. rezidivierende Diarrhoe	x						x (nur Lamblien)	
Stuhl, blutig	x		x		x			bei Kindern < 3 Jahre
Stuhl, nach Antibiotika-Therapie	x				x			
Stuhl, nach Auslandsaufenthalt	x			x		x	x	x

Datenschutzhinweise

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die MVZ Labor Krone GmbH, den Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter datenschutz@laborkrone.de. Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist der Behandlungsvertrag nach SGB V, die Daten werden vom behandelnden Arzt an den Patienten weitergegeben. Der Grund der Datenhaltung ist die Erbringung der Laboranalysen, es gelten gesetzliche Aufbewahrungsfristen (mind. 10 Jahre). Gespeichert werden Name, Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht, Versicherungsangaben, alternativ Pseudonym und Untersuchungsergebnisse, die Datenquelle ist der umseitige Laborbeleg. Wenn Sie von Ihrem Recht auf Auskunft/Berichtigung/Widerspruch/Einschränkung der Verarbeitung Gebrauch machen möchten, kontaktieren Sie uns bitte (Gittertor 21, 38259 Salzgitter). Einwilligungen können jederzeit widerrufen werden, Sie haben ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde.

IGeL

Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von med. Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der ges. 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: 01.04.2005) 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:** _____

Honorarmanagement

Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse

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: 01.04.2005) 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.
Ich nehme zur Kenntnis, dass die Rechnungserstellung aller ärztlichen und labormedizinischen Leistungen im Namen des Arztes/Labors durch die LABCON-OWL GmbH erfolgt und dass die zur Rechnungsstellung, zum Einzug und zur Mahnung notwendigen pers. und abrechnungsrelevanten Daten dorthin übermittelt werden.

Honorarmanagement
(Rechnung an Patient/-in) **Datum/Unterschrift des/der Patienten/-in:** _____

Für den Fall, dass die Rechnungsstellung der Gesamtleistung (ärztliche und labormedizinische Leistung) durch die LABCON-OWL GmbH erfolgt, erkläre ich das folgende Leistungen ausgeführt wurden:

	Leistung	Ziffer	Faktor	Preis
☐	Ärztliche Beratung, einfach	1	2,3	10,72 €
☐	Ärztliche Beratung, ausführlich	3	2,3	20,11 €
☐	Blutentnahme	250	1,8	4,19 €
☐	Abstrich, mikrobiologisch	298	2,3	5,36 €
☐				
☐				

zutreffendes bitte ankreuzen

Die sich aus vorstehenden GOÄ-Ziffern ergebende Gebührenforderung des Arztes/Labors wird unter Bezugnahme auf die bestehende Abrechnungsvereinbarung gem. Honorarmanagementvertrag an die LABCON-OWL GmbH übermittelt.
Bei den beauftragten IGeL-Leistungen handelt es sich um umsatzsteuerbefreite Heilleistungen gem. § 4 Nr. 14 UStG. Im Falle einer Steuerpflicht zeigt der Arzt / das Labor der LABCON-OWL GmbH dies für die Rechnungsstellung an.

Datum/Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin: _____

MUSTER