



Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

ggf. Kennziffer

Quartal

Geschlecht

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

Behandlung gemäß § 116b SGB V eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb, am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!
 Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an Telefon Nr. Fax Nr.

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsärztsiegel / Unterschrift Überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (10,2014)

Molekulargenetische Untersuchungen und Einverständniserklärung

Thrombophilie-Diagnostik (EDTA-Blut)

- Faktor-V-Leiden-Mutation
- Prothrombin 20210G->A - Mutation
- Prothrombin 19911A->G - Mutation*
- Faktor V Genotyp HR2 4070A->G*
- PAI-1 - Mutationen 4G/5G + 844A->G
- MTHFR - Mutationen
- tPA-Mutation Intron hI/D*
- GPIa-Mutation C807T*
- GPIIla-Mutation HPA-1a/1b*
- CETP-Mutation Taq1 Intron B1/B2*

Weitere Diagnostik (EDTA-Blut)

- ACE-Mutation Intron 16I/D*
- Apolipoprotein B - Genotyp*
- Apolipoprotein E - Genotyp*
- BCR / ABL-Mutation (CML, MPS)*
- DPD-Mutation*
- Fruktose-Intoleranz*
- Hämochromatose
- HLA-B-27

Weitere Diagnostik (EDTA-Blut)

- 21-Hydroxylase - Genotyp*
- Lactoseintoleranz - Genotyp
- Morbus Fabry*
- Morbus Meulengracht*
- Mukoviszidose*
- MEN2-Mutation (Mult.endokr. Neoplasie Typ 2)*
- JAK2-Mutation (MPS)*
- Prader-Willi-Syndrom*
- Paroxys. nächtl. Hämoglobinurie PNH*

Sonstige Untersuchungen:

* Fremdleistung

Einverständnis des Patienten / der Patientin / des (gesetzlichen) Vertreters zur Durchführung der oben genannten genetischen Untersuchungen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit geplanten genetischen Analyse(n) und der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahme. Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden. Die Ergebnisse der Untersuchungen müssen nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen. Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial übereigne ich hiermit nach gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat. Sollte das MVZ Dr. Klein & Dr. Schmitt Fremdleistungen an Dritte senden, erlaube ich hiermit ausdrücklich, dass das Fremdlabor die Ergebnisse an das MVZ übermittelt. Ich bin damit einverstanden, dass Daten zu Abrechnungszwecken an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift des/r Patienten/in bzw. des (gesetzlichen) Vertreters



00080020040

Medizinisches Versorgungszentrum
 Dr. Klein Dr. Schmitt & Partner
 Brüsseler Str. 1, 67657 Kaiserslautern
 Tel. 0631-303240 Fax 0631-30324111

Media Service by MediForm 660-0-11,14-BED 141601-9002-00003