

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Diagnose / Medikation:

Anforderungsschein Bio Immun (G)en Medizin

Privatauftrag Igel-Auftrag

Patienteninformation:

Ich wurde durch den behandelnden Arzt über die Laboruntersuchungen informiert. Sie werden auf meinen Wunsch veranlasst. Für mich entstehen Kosten nach der aktuellen GOÄ (Januar 2002). Mit der Weitergabe der Laborergebnisse an Dr. Glady sowie der Daten zur Rechnungslegung bin ich einverstanden.

ZIFolge
Q J J
w Quartal
W M
Geschlecht

Datum/ Unterschrift des Patienten (für jeden Auftrag erforderlich)

ZIFolge
T T M M J J
Abnahmedatum

ZIFolge
h h m m
Abnahmezeit

ZIFolge
Sammelmenge ml

ZIFolge
Gewicht kg
ZIFolge
Größe cm

ZIFolge
SSW Tag
ZIFolge
Zyklustag

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

Praxisstempel

Version: 03.2021

MVZ Labor Dr. Reising-Ackermann und Kollegen | Strümpellstr. 40 a | 04289 Leipzig | Telefon: 0341 6565 100 | Fax: 0341 6565 400 | www.labor-leipzig.de

Persönliche Profile

PP1 Profil 1
 PP7 Profil 7

PP2 Profil 2
 PP8 Profil 8

PP3 Profil 3
 PP9 Profil 9

PP4 Profil 4
 PP10 Profil 10

PP5 Profil 5
 PP11 Profil 11

PP6 Profil 6
 PP12 Profil 12

Basisprofile

E-DZ-LYDI-GLA
Lymphozytentypisierung - Basis

E, Hep

E-DZ-SPEZ-LYMPH-GLA
Th1 / Th2 / Th17 - Differenzierung

Hep

E-PROTEINPANEL-GLA
Proteinpanel

S

Herpesviren

- E-HERPESVIREN-GLA
Herpesviren komplett
- EBV-FRNA1-IGG-IIFT
EBNA (IFT)
- E-EBV-EA-GLA
EBV-EA (IFT)
- E-EBV-IGG-GLA
EBV-IgG (IFT)
- CMV-IGG-S-ECLIA
CMV-IgG (ECLIA)
- CMV-IGM-S-ECLIA
CMV-IgM (ECLIA)
- HSV-IgG
HSV-1/2-IgG (ELISA)
- VZV-IgG
VZV-IgA (ELISA)
- VZV-IgG (ELISA)

Impftiter

- E-IMPFF-MGM
Impfprofil komplett
- ANTI-HAV-IMPFF
Anti-HAV-IgG
- ANTI-HBS
Anti-HBs
- DIPHT-AK
Diphtherie-Ak
- ESMEV-IGG
FSME-IgG
- MASERN-IGG
Masern-IgG
- MUMPS-IGG
Mumps-IgG
- E-POLIO
Polioomyelitis-Ak
- TETA-AK
Tetanus-Ak

Infektionsserologie

- ADENOV-IGG
Adenovirus-IgG
- ADENOV-IGM
Adenovirus-IgM
- ASPERG-IGG-AG
Aspergillus-Antigen
- BORR-IGG-S
Borrelia-IgG
- BORR-IGM-S
Borrelia-IgM
- CAND-AG
Candida-Antigen
- CHLAM-PNEUM-IGA
Chlam pneumoniae-IgA
- CHLAM-PNEUM-IGG
Chlam pneumoniae-IgG
- CHLAM-TRACHO-IGA
Chlam trachomatis-IgA
- CHLAM-TRACHO-IGG
Chlam trachomatis-IgG
- ESMEV-IGG
FSME-IgG
- ESMEV-IGM
FSME-IgM
- HAMOPHILLUS-IGG
Hamophilus Influenza-IgG
- INFL-A-IGA
Influenza-A-IgA
- INFL-A-IGG
Influenza-A-IgG
- INFL-B-IGA
Influenza-B-IgA
- INFL-B-IGG
Influenza-B-IgG
- MASERN-IGG
Masern-IgG
- MASERN-IGM
Masern-IgM
- MUMPS-IGG
Mumps-IgG
- MUMPS-IGM
Mumps-IgM
- MYCOPL-IGG
Mycoplasma-pneum.-IgG
- MYCOPL-IGM
Mycoplasma-pneum.-IgM
- PARAINFL-IGA
Parainfluenza-IgA
- PARAINFL-IGG
Parainfluenza-IgG
- PARO-IGG
Parvo-B19-IgG
- PARO-IGM
Parvo-B19-IgM
- PNEUMOKOKKEN-IGG
Pneumokokken-IgG
- RSV-IGA-S
RSV-IgA
- RSV-IGG-S
RSV-IgG
- SARS-COV-2-AK-QUANT
SARS-Cov-2-Ak
- YERSIN-IGA
Yersinia-IgA
- YERSIN-IGG
Yersinia-IgG

Autoimmun-Ak

- ANA-SCREEN-E
ANA-Screening
- PR3
c-ANCA
- MPO
p-ANCA
- E-ENA
ENA
- FT3
FT3
- FT4
FT4
- TSH
TSH
- TPO
TPO-Ak (MAK)
- TAK
Anti-TG-Ak (TAK)
- TRAK
TRAK (TSH-Rezeptor-AAK)

Tumormarker

- THYMIDINKINASE
Thymidinkinase
- B2MIKROG-S
Beta-2-Mikroglobulin
- M2PK-S-UTL
M2-PK

E-HLA-TYP-VOLLST-MGM
HLA-Typisierung

Achtung!
Untersuchung mit
Einverständniserklärung
Separates EDTA Röhrchen
(9ml)

Sonstige Parameter

- CRP-QUANT-S
CRP quant.
- IGE
IgE gesamt
- IL2REZ-LOSI
s-IL-2-Rezeptor
- ZIK
Zirkul. Immunkomplexe (ZIK)
- ZONULIN-S
Zonulin

Weitere Untersuchungen

?



0059 0243 12

Krankenkassen bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Geschlecht des Patienten:		
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt		
Ethnische Herkunft		

Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Stempel

Bitte das Formular vollständig ausfüllen!

Angeforderte genetische Untersuchung (ggf. Gene/Indikation):	
.....	<input type="checkbox"/> diagnostisch
.....	<input type="checkbox"/> prädiktiv / keine Symptome
	<input type="checkbox"/> vorgeburtlich ¹

¹Auf die Risiken vor allem bei vorgeburtlichen invasiven Untersuchungen wird im Zuge der Aufklärung zum Eingriff hingewiesen.

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die oben genannte Untersuchung und deren Bedeutung informiert und habe diese verstanden. Ich hatte genügend Bedenkzeit und bin mit der genetischen Untersuchung einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder mündlich gegenüber meinem behandelnden Arzt widerrufen kann; dieser wird einen mündlichen Widerruf unverzüglich dokumentieren. Er wird auch dem genannten Labor unverzüglich einen Nachweis des Widerrufs übermitteln.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag bei Bedarf an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann und Ergebnisse zur medizinischen Beurteilung mitgeteilt werden können.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich möchte über die erhobenen Ergebnisse der genetischen Analysen informiert werden. Über mein Recht auf Nichtwissen bin ich informiert worden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich möchte über ggf. erhobene Neben- und Zufallsbefunde informiert werden, wenn sie hinsichtlich meiner persönlichen Gesundheit und der meiner Blutsverwandten von Relevanz sind.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analysen auch an folgende Ärzte / Personen geschickt werden (Name & Adresse):	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus gespeichert werden ohne darauf Anspruch zu erheben.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass erhobene Daten und Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung in verschlüsselter Form zur Qualitätssicherung dokumentiert werden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass meine genetische Probe (DNA) nicht nach gesetzlicher Vorgabe unverzüglich vernichtet, sondern für spätere genetische Untersuchungen archiviert wird. Sind diese Untersuchungen vollständig abgeschlossen, übereigne ich das verbleibende genetische Material in anonymisierter Form dem untersuchenden Labor zur Qualitätssicherung sowie zu Forschungszwecken.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Herausgeber: © Limbach Gruppe SE -11/2019_V5

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/-in bzw. aller gesetzlicher Vertreter

Unterschrift des/der GenDG verantwortlichen Arztes/Ärztin

Bei weiterführenden Fragen wenden Sie sich bitte an:

MVZ Labor Dr. Reising-Ackermann und Kollegen
 Humangenetische Praxis, Tel. +49 341 99398491
 Zytogenetisches Labor, Tel. +49 375 281126
 Molekulargenetisches Labor, Tel. +49 341 6565795

Name des/der Arztes/Ärztin in Druckbuchstaben