

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.      Versicherten-Nr.      Status

Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig  
Barcode-Etikett einkleben!

ggf. Kennziffer

Quartal

Q J J

Geschlecht

W M



**Anforderungsschein für Individuelle  
Gesundheitsleistungen (IGeL)**

Abnahmedatum      Abnahmezeit

T T M M J J      h h m m

**Befundübermittlung** Telefon  
eilt, nachrichtlich an Nr. \_\_\_\_\_ Fax  
Nr. \_\_\_\_\_

Diagnose / Verdacht / Sonstiges:

**Vereinbarung über die Inanspruchnahme einer privatärztlichen Behandlung**

Die Vereinbarung ist auf Wunsch des Patienten zustande gekommen. Ausschlaggebend für diese Entscheidung war, dass die gewünschte Untersuchung nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist. Die Liquidation dieser Leistung(en) erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte-GOÄ. Es besteht gegenüber der Krankenkasse kein Anspruch auf Kostenrückerstattung, weder ganz noch teilweise. Die Kosten der angeforderten Leistungen sind vom Patienten selbst zu tragen. Die ermittelten Laborergebnisse können dem beratenden Arzt zugestellt werden. Weitergabe von Daten: Ich erkläre mein Einverständnis zur Weitergabe meiner erforderlichen personenbezogenen und medizinischen Daten an: I. die Ärzte bzw. ärztliche Einrichtungen, die im Rahmen der medizinischen erforderlichen Behandlung zur weiteren Leistungserbringung eingeschaltet werden müssen. II. die Abrechnungsstelle des Institutes für Medizinische Diagnostik Berlin-Potsdam MVZ GbR

Nicolaistraße 22, 12247 Berlin  
Friedrich Ebert Straße 33, 14469 Potsdam.

Unterschrift Patient/ ggf. gesetzlicher Vertreter

Für die Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung beachten Sie bitte die Rückseite!

Gewicht      Größe      Zyklustag      Rechnung an Patienten      Rechnung an Einsender

k g      c m      T T           

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Gesundheit / Vitalität		Vitamine		Immunität / Infektion		Thrombose-Risiko	
<input type="checkbox"/> S Haare und Nägel <sup>I)</sup>	132,42	<input type="checkbox"/> S Biotin (Vitamin H)	20,98	<input type="checkbox"/> S Borrelien (IgG, IgM)	40,80	<input type="checkbox"/> C APC-Resistenz	17,31
<input type="checkbox"/> E,S Hormonprofil Frau <sup>II)</sup>	61,07	<input type="checkbox"/> S Folsäure	14,57	<input type="checkbox"/> S ggf. Borr.-Blot	66,44	<input type="checkbox"/> C AT III-Aktivität	6,41
<input type="checkbox"/> E,S Hormonprofil Mann <sup>III)</sup>	77,27	<input type="checkbox"/> S Vitamin A	20,98	<input type="checkbox"/> Z Borrelien PCR (Zecke)	29,14	<input type="checkbox"/> C Fibrinogen	5,83
<input type="checkbox"/> E Osteoporose-Risiko <sup>IV, 2)</sup>	145,72	<input type="checkbox"/> E Vitamin B6	33,22	<input type="checkbox"/> U/E Borrelien PCR (Human)	99,09	<input type="checkbox"/> C Protein C-Aktivität	26,23
<input type="checkbox"/> U Crosslinks (Knochenabbau)	43,13	<input type="checkbox"/> S Vitamin B12	14,57	<input type="checkbox"/> Ages Chlamydia trachom. PCR	99,09	<input type="checkbox"/> C Protein S, freies	26,23
<input type="checkbox"/> S Ostase (Knochenabbau)	27,98	<input type="checkbox"/> S Holo TC	27,98	<input type="checkbox"/> Atr HSV Typ1/2 PCR	99,09	<input type="checkbox"/> 3xC Lupus-Antikoagulans	83,43
<input type="checkbox"/> S Mineralstoffprofil <sup>V)</sup>	36,14	<input type="checkbox"/> S Vitamin-D (25-OH)	18,47	<input type="checkbox"/> S Diphtherietoxin-Ak (IgG)	20,40	<input type="checkbox"/> S Cardiolipin-AAK (IgG, IgM)	52,46
<input type="checkbox"/> E Vollblutmineralanalyse <sup>VI)</sup>	50,13	<input type="checkbox"/> S Vitamin-D3 1,25-(OH)2	28,86	<input type="checkbox"/> S FSME-Ak (IgG)	13,99	<input type="checkbox"/> S β-2-Glykoprotein I-AAK (IgA, IgG, IgM)	78,69
<input type="checkbox"/> S erweiterte Vit.-D Analyse <sup>X)</sup>	53,62	<b>Spurenelemente / Elektrolyte</b>		<input type="checkbox"/> S Masern-Ak (IgG)	13,99	<b>Drogenscreening</b>	
<b>Hormone</b>		<input type="checkbox"/> E Blei	23,90	<input type="checkbox"/> S Mumps-Ak (IgG)	13,99	<input type="checkbox"/> U Drogen (Amphetamine + Derivate, Barbiturate, Benzodiazepine, Cannabinoide, Kokain, Opiate inkl. Perianalytik und Kreatinin (nur bei Urin))	89,75
<input type="checkbox"/> S Anti-Müller-Hormon	43,72	<input type="checkbox"/> S Ferritin	14,57	<input type="checkbox"/> S Poliovirus 1+3-Ak	33,80	<input type="checkbox"/> S Einzeldrogen:	14,57 je Droge
<input type="checkbox"/> S Androstendion	20,40	<input type="checkbox"/> S Kupfer	2,33	<input type="checkbox"/> S Tetanus-Ak	14,57		
<input type="checkbox"/> S β-HCG	14,57	<input type="checkbox"/> E Quecksilber	23,90	<input type="checkbox"/> S Hepatitis A -Ak (IgG)	13,99		
<input type="checkbox"/> S Cortisol <sup>1)</sup>	14,57	<input type="checkbox"/> S Selen	23,90	<input type="checkbox"/> S Hepatitis B-Ak vor Impfung <sup>VIII)</sup>	31,48		
<input type="checkbox"/> S DHEAS	13,46	<input type="checkbox"/> E Selen im EDTA-Blut	23,90	<input type="checkbox"/> S Hepatitis B-Ak (nach Impf.) <sup>X)</sup>	13,99		
<input type="checkbox"/> S FSH	14,57	<input type="checkbox"/> S Zink	5,25	<input type="checkbox"/> S Hepatitis C-Ak	23,32		
<input type="checkbox"/> S Gesamt-Testosteron <sup>1)</sup>	13,46	<input type="checkbox"/> S Calcium	2,33	<input type="checkbox"/> S HIV 1/2-Ak / p24 Ag	17,49		
<input type="checkbox"/> S Prolaktin	13,46	<input type="checkbox"/> S Natrium	1,75	<input type="checkbox"/> E HIV 1 PCR	128,23		
<input type="checkbox"/> S LH	14,57	<input type="checkbox"/> S Kalium	1,75	<input type="checkbox"/> S Pertussis-Ak (IgA / IgG)	40,80		
<input type="checkbox"/> S Östradiol (E2)	13,46	<input type="checkbox"/> S Magnesium	2,33	<input type="checkbox"/> LiH Quantiferon-Tb (Tbc)	78,69		
<input type="checkbox"/> S Progesteron	13,46	<b>Allergie</b>		<b>Blutgruppen</b>			
<input type="checkbox"/> S SHBG	17,31	<input type="checkbox"/> S Diaminoxidase (DAO)	28,86	<input type="checkbox"/> E Blutgruppe	29,15		
<input type="checkbox"/> S TSH	14,57	<input type="checkbox"/> LiH Histamin	33,22	( AB0, Rh-Faktor, Ak-Suchtest, Nothilfepass)			
<b>Herz-Kreislauf</b>		<input type="checkbox"/> S Inhalations-Screen ( SX1 )	14,57	<b>Krebsvorsorge</b>			
<input type="checkbox"/> sC,S Arterioskleroserisiko <sup>VII)</sup>	62,37	<input type="checkbox"/> S Pollen-Screening ( GX1, GX4, TX9 )	43,71	<input type="checkbox"/> St Hb-Hapto-Komplex (Darm)	10,49		
<input type="checkbox"/> S CRP	11,66	<b>Schwangerschaft</b>		<input type="checkbox"/> St M2-PK (Darm)	26,23		
<input type="checkbox"/> sC Homocystein	14,57	<input type="checkbox"/> Am B-Streptokokken (Kultur)	10,49	<input type="checkbox"/> * Septin 9 (Darm)	151,56		
<input type="checkbox"/> S LP (a)	17,49	<input type="checkbox"/> S CMV-Ak IgG	13,99	<input type="checkbox"/> Ages HPV (Gebärmutterhals)	99,09		
<input type="checkbox"/> S Lp-PLA2	43,72	<input type="checkbox"/> S Parvovirus B19-Ak IgG	13,99	<input type="checkbox"/> S PSA gesamt (Prostata) <sup>3)</sup>	17,49		
<input type="checkbox"/> E Apo E (Genotypisierung) <sup>2)</sup>	163,21	<input type="checkbox"/> S Röteln-Ak IgG	13,99	<input type="checkbox"/> nur mit freiem PSA, wenn PSA ges. im Graubereich freies PSA nicht erwünscht	34,98		
<input type="checkbox"/> S MDA-LDL	28,86	<input type="checkbox"/> S Toxoplasmen-Ak IgG	20,40				
<input type="checkbox"/> S sd LDL-Chol. quant.	19,82	<input type="checkbox"/> S Toxoplasmen-Ak IgM	20,40	<input type="checkbox"/> S AFP-L3 + AFP (Leber)	33,22		
		<input type="checkbox"/> S Varizellen-Ak IgG	17,49	<input type="checkbox"/> S DCP (Leber)	33,22		



0069 0149 07

## Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung (gemäß Gendiagnostikgesetz)

- Alle rot unterlegten Bereiche sind auszufüllen bzw. zu beantworten.
- Das Formular muss eigenhändig jeweils vom Patienten/gesetzlichen Vertreter und vom/von verantwortlichen(er) Arzt/Ärztin datiert und unterschrieben werden.
- Bitte beachten Sie, dass die genetische Untersuchung nur bei Vorliegen einer vollständig und korrekt ausgefüllten Einwilligungserklärung durchgeführt werden kann.

Ich bestätige meine Einwilligung zur Durchführung einer genetischen Untersuchung und der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahme über die in Frage stehende Erkrankung:

(Verdachts-)Diagnose .....

bei mir       bei meinem Kind       bei der von mir betreuten Person

Die genetische Untersuchung richtet sich ausschließlich auf die abzuklärende Erkrankung.

Ich bin über die genetischen Grundlagen bezogen auf die in Frage stehende Erkrankung sowie die Möglichkeiten und Grenzen der molekulargenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz ausführlich aufgeklärt worden. Die Bedeutung und Tragweite des Ergebnisses der gewünschten Untersuchung sowie die Verwendung und Aufbewahrung von Probenmaterial und Untersuchungsergebnissen wurden mir umfassend erläutert. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und die Möglichkeit, zusätzliche Fragen zu stellen.

Die von mir gemachten Angaben und alle Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nur mit meiner ausdrücklichen und schriftlichen Einwilligung an Familienangehörige oder andere Ärzte weitergegeben. Mit einer Aufbewahrung der Ergebnisse über einen längeren Zeitraum als die gesetzlich vorgeschriebenen 10 Jahre bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme an dieser Untersuchung freiwillig ist und ich meine Einwilligung zu der genetischen Untersuchung, der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses sowie zur Aufbewahrung der Probe jederzeit und ohne Angabe von Gründen zurückziehen kann und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird.

Ich wünsche die Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an mich durch den verantwortlichen Arzt  ja       nein

Der möglichen Verwendung von anonymisiertem Probenmaterial für Maßnahmen zur Qualitätssicherung stimme ich zu  ja       nein

Mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein medizinisches Kooperationslabor bin ich einverstanden  ja       nein

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift**      Patient/gesetzlicher Vertreter

.....  
**Name, Vorname**      (Druckschrift)

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift**      verantwortliche(r) Arzt/Ärztin

.....  
**Name, Vorname**      (Druckschrift)

Nummer	Untersuchung	Material	Hinweise
I	Haare und Nägel	S	• Biotin, CRP, Östradiol (E2), Ges.-Testosteron, • Ferritin, FSH, Selen, TSH, Zink
II	Hormonprofil Frau	E,S	• Östradiol (E2), FSH, Parathormon, TSH
III	Hormonprofil Mann	E,S	• Androgenindex (Gesamt-Testosteron, SHBG), Östradiol (E2), Parathormon, TSH
IV	Osteoporose-Risiko	E	• COL1A1-Gen PCR, VDR-Gen PCR
V	Mineralstoffprofil	S	• Calcium, Magnesium, Phosphat, Selen, Zink
VI	Vollblutmineralanalyse	E	• Zink, Selen, Magnesium, Kupfer, Chrom, Mangan, Molybdän sowie Nickel und Cadmium als kompetitive toxische Metalle
VII	Arterioskleroserisiko	sC,S	• Homocystein, Lipoprotein (a), CRP
VIII	Hepatitis B Ak (vor Impf.)	S	• Anti-HBc-IgG, Anti-HBs
IX	Hepatitis B Ak (nach Impf.)	S	• Anti-HBs
X	Erweiterte Vitamin-D Analyse	S	• 25-OH-Vitamin D2, 3-epi-25-OH Vitamin D2, 25-OH-Vitamin D3, 3-epi-25-OH Vitamin D3 (LCMS/MS)

1) Blutabnahme 07:00 - 10:00 Uhr 2) Einwilligungserklärung Gendiagnostikgesetz

3) PSA: automatisch freies PSA, wenn PSA Wert 2,5 – 10,0 ng/ml;

A = Abstrich; Ages - gesondertes Abstrichbesteck; Atr = Abstrich für PCR – Untersuchungen, trocken, ohne Medium; C = Citratblut; E = EDTA; Li-H = Heparinblut; sC = saures Citrat; S = Serum; St = Stuhl; U = Urin; Z = Zecke; \* = Spezialröhrchen anfordern