

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:

Einwilligungserklärung:

Ich beauftrage die nachfolgend gekennzeichneten Laborleistungen im o.g. Facharztlabor. IGeL-Leistungen gehören nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag erforderlichenfalls ganz oder teilweise an ein Kooperationslabor weitergeleitet wird, das mir auf Anfrage mitgeteilt wird. Mir ist bekannt, dass das Facharzt- bzw. Kooperationslabor die erbrachten Leistungen mit einer gesonderten Rechnung gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unmittelbar mit mir abrechnet. Ich erkläre hiermit meine jederzeit widerrufliche EINWILLIGUNG mit der Weitergabe und Speicherung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Auftragsdatenverarbeitung sowie der Abrechnung an bzw. durch das Institut für Medizinische Diagnostik GmbH, Friedrich-Ebert-Str. 33, 14469 Potsdam; Nicolaistra. 22, 12247 Berlin und Lipke & Lipke, Institut für Medizinisches Abrechnungsmanagement, Maximiliankorso 63, 13465 Berlin.

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



0069 0149 05

Gesundheit / Vitalität		Vitamine		Immunität / Infektion		Thrombose-Risiko	
<input type="checkbox"/> S Haare und Nägel ^{I)}	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 ^{II)}	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 ^{III)}	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 ^{IV, 2)}	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"/> E HSV Typ1/2 PCR	99,09	<input type="checkbox"/> 3xC Lupus-Antikoagulans	83,43
<input type="checkbox"/> S Mineralstoffprofil ^{V)}	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 ^{VI)}	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 ^{X)}	53,62	Spurenelemente / Elektrolyte		<input type="checkbox"/> S Masern-Ak (IgG)	13,99	Drogenscreening	
Hormone		<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: je Droge	14,57
<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 Suche nach unbek. Substanz z.B. Drogen, Medikamente	104,92
<input type="checkbox"/> S β-HCG	14,57	<input type="checkbox"/> E Quecksilber	23,90	<input type="checkbox"/> S Hepatitis A -Ak (IgG) ^{VIII)}	13,99	Praxisleistungen	
<input type="checkbox"/> S Cortisol ¹⁾	14,57	<input type="checkbox"/> S Selen	23,90	<input type="checkbox"/> S Hepatitis B-Ak vor Impfung ^{X)}	31,48	<input type="checkbox"/> GOÄ 1 (Faktor 1,0)	4,66
<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.)	13,99	<input type="checkbox"/> GOÄ 1 (Faktor 2,3)	10,72
<input type="checkbox"/> S FSH	14,57	<input type="checkbox"/> S Zink	5,25	<input type="checkbox"/> S Hepatitis C-Ak	23,32	Blutentnahmen	
<input type="checkbox"/> S Gesamt-Testosteron ¹⁾	13,46	<input type="checkbox"/> S Calcium	2,33	<input type="checkbox"/> S HIV 1/2-Ak / p24 Ag	17,49	<input type="checkbox"/> GOÄ 250 (Faktor 1,0)	2,33
<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"/> GOÄ 250 (Faktor 1,8) (Reduzierter Gebührenrahmen)	4,20
<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"/> GOÄ 250 (Faktor 2,5) (Ausnahmefälle, begründungspflichtig)	5,83
<input type="checkbox"/> S Östradiol (E2)	13,46	<input type="checkbox"/> S Magnesium	2,33	<input type="checkbox"/> LiH Quantiferon-Tb (Tbc)	78,69	Abstriche	
<input type="checkbox"/> S Progesteron	13,46	Allergie ²⁾		Blutgruppen		<input type="checkbox"/> GOÄ 298 (Faktor 1,0)	2,33
<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"/> GOÄ 298 (Faktor 2,3)	5,36
<input type="checkbox"/> S TSH	14,57	<input type="checkbox"/> LiH Histamin	33,22	(AB0, Rh-Faktor, Ak-Suchtest, NothilfePASS)			
Herz-Kreislauf		<input type="checkbox"/> S Inhalations-Screen (SX1)	14,57	Krebsvorsorge			
<input type="checkbox"/> sC,S Arterioskleroserisiko ^{VII)}	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	Schwangerschaft		<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) ³⁾	17,49		
<input type="checkbox"/> E Apo E (Genotypisierung) ²⁾	163,21	<input type="checkbox"/> S Röteln-Ak IgG	13,99	nur mit freiem PSA, wenn PSA ges. im Graubereich freies PSA nicht erwünscht			
<input type="checkbox"/> S MDA-LDL	28,86	<input type="checkbox"/> S Toxoplasmen-Ak IgG	20,40	<input type="checkbox"/> S AFP-L3 + AFP (Leber)	33,22		
<input type="checkbox"/> S sd LDL-Chol. quant.	19,82	<input type="checkbox"/> S Toxoplasmen-Ak IgM	20,40	<input type="checkbox"/> S DCP (Leber)	33,22		
		<input type="checkbox"/> S Varizellen-Ak IgG	17,49				

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	Ort, Datum
Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter	Unterschrift verantwortliche(r) Arzt/Ärztin
Name, Vorname (Druckschrift)	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