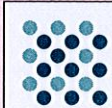


Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Institut für Medizinische Diagnostik MVZ GbR
 Dr. Schmidt und Kollegen
 Laboratoriumsmedizin / Mikrobiologie / Infektionsepidemiologie / Humangenetik /
 Transfusionsmedizin
 Nicolaistr. 22, 12247 Berlin, Tel.: (030) 77001-322 · Fax: (030) 77001-332
 Akkreditiert nach DIN EN ISO 15189:2007 und DIN EN ISO/IEC 17025:2005 (Forensische Genetik)

Geschlecht W M

**Anforderungsschein für
Privatpatienten / IGeL**

Bitte nicht für Kassenpatienten verwenden!

(bitte Patientenfeld vollständig ausfüllen)

Zusätzlich zu den unten markierten Untersuchungen soll folgendes durchgeführt werden:

Herz-Kreislauf-Risikodiagnostik

Arztstempel und Unterschrift überw. Arzt

Rechnung an Patient

Ich habe von der umseitigen Erklärung Kenntnis genommen und erteile hiermit meine Einwilligung i. S. d. §§ 4 ff BDSG.

Unterschrift Patient

BIOMETRISCHE ANGABEN

Größe: _____ cm
 Gewicht: _____ kg
 Bauchumfang: _____ cm
 Blutdruck systolisch: _____ mmHg
 Blutdruck diastolisch: _____ mmHg

Herz-Kreislauf-Profil ¹⁾

Gesamt-Cholesterin	S
LDL-Cholesterin	S
HDL-Cholesterin	S
Triglyzeride	S
Blutzucker	NaF
Lipoprotein (a)	S
hsCRP	S
HbA1c	E
NT-pro BNP	S

RISIKOFAKTOREN UND VORERKRANKUNGEN

- Sekundärprävention (Zustand nach Herzinfarkt, aortokoronarer Bypass, PTCA, Stentimplantation, angiographisch gesicherte KHK)
- Raucher (oder Exraucher seit weniger als 1 Jahr)
- Bluthochdruck oder antihypertensive Therapie
- Linksventrikuläre Hypertrophie (LVH)
- Diabetes Typ 2
- Zustand nach Schlaganfall oder transitorisch ischämischer Attacke (TIA)
- Arterielle Verschlusskrankheit (AVK)
- Koronare Herzkrankheit (KHK) bei Angehörigen ersten Grades (Eltern, Geschwister, Kinder) Männer vor dem 55., Frauen vor dem 65. Lebensjahr

Spezielle Diagnostik

- Plasmaviskosität H
- Homocystein sC
- Proinsulin E nüchtern
- Cystatin C S

- MTHRF-Gen-Mutation ²⁾ E
- ApoE-Gen-Mutation ²⁾ E
- KIF6-Gen-Mutation ^{2) 3)} E

Zzgl. Humangenetische Beurteilung

Material: S=Serum; E=EDTA-Blut; NaF=Natriumfluorid-Blut; C=Citrat; sC=saures Citrat; H=Lithium-Heparin

1) Blutabnahme nüchtern! 2) Nur mit Einwilligungserklärung lt. Gendiagnostikgesetz siehe Rückseite! 3) Keine Kassenleistung (IGeL)

Einverständniserklärung:

Einwilligung nach Datenschutzgesetz (§ 4 ff. BDSG)

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und Behandlungsdaten von der Firma Lipke & Lipke elektronisch erhoben, gespeichert und zum Zwecke der Erstellung der Honorarrechnung sowie der Einziehung der Forderung verarbeitet werden.

Diese Vereinbarung schließt die von meinem behandelnden Arzt veranlassten Laborleistungen außerhalb der Praxis mit ein. Sollten solche Leistungen in Auftrag gegeben werden, erhalte ich eine gesonderte Rechnung

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung (gemäß Gendiagnostikgesetz)

- Alle grün unterlegten Bereiche sind auszufüllen bzw. zu beantworten.
- Das Formular muss eigenhändig jeweils von Patient/Gesetzl. Vertreter und von verantwortlichem(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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Der möglichen Verwendung von anonymisiertem Probenmaterial für Maßnahmen zur Qualitätssicherung stimme ich zu	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein medizinisches Kooperationslabor bin ich einverstanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

.....
Ort, Datum

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/Gesetzlicher Vertreter

.....
Unterschrift Verantwortliche(r) Arzt/Ärztin

.....
Name, Vorname (Druckschrift)

.....
Name, Vorname (Druckschrift)