

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum



IMD Institut für Medizinische Diagnostik Berlin-Potsdam GbR
IMD Berlin MVZ

Nicolaistraße 22, 12247 Berlin (Steglitz)
Tel +49 30 77001-322, Fax -332

akkreditiert durch DAkkS nach DIN EN ISO 15189



Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

Quartal

Q | J | J

Geschlecht

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

SSW

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Vereinbarung über die Inanspruchnahme einer privatärztlichen Behandlung

Hiermit beauftrage ich die nachfolgend aufgeführten Laborleistungen im o.g. Facharztlabor. Ich bin damit einverstanden, dass ggf. einzelne Analysen an ein Kooperationslabor weitergeleitet werden. Das Honorar wird auf Grundlage der Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ) vom Facharztlabor oder dem Kooperationslabor berechnet und ist von mir zu zahlen. Eine Erstattungspflicht meiner Privatversicherung besteht nicht. Die Laborkosten verstehen sich zzgl. einer einmaligen Material- und Versandkostenpauschale von 10,67 €.

Die Verarbeitung meiner im Rahmen der Diagnostik anfallenden personenbezogenen und Gesundheitsdaten kann im Falle einer Weiterleitung an ein Kooperationslabor durch dieses erfolgen. Dies geschieht selbstverständlich unter Berücksichtigung der EU-Datenschutz-Grundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes. Meine Rechte als von der Datenverarbeitung betroffene Person können mir auf Wunsch näher durch Aushändigung eines entsprechenden Informationsblattes erläutert werden.

Gelesen, zur Kenntnis genommen und inhaltlich einverstanden:

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)

weitere Anforderungen:

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Mikrobiologie Privat

Urin	Wunden/Haut/Punktat/Blutkultur	Respirationstrakt	Verdauungstrakt
<p>Material</p> <p><input type="checkbox"/> Mittelstrahlurin</p> <p><input type="checkbox"/> Dauerkatheterurin</p> <p><input type="checkbox"/> Einmalkatheterurin</p> <p><input type="checkbox"/> Blasenpunktionurin</p> <p><input type="checkbox"/> Eintauchnährboden</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p>Untersuchung</p> <p><input type="checkbox"/> Path. Erreger + Resistenz</p> <p><input type="checkbox"/> Pilze</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p>Material</p> <p>Entnahmeort.....</p> <p><input type="checkbox"/> Hautabstrich</p> <p><input type="checkbox"/> Wundabstrich</p> <p><input type="checkbox"/> Abstrich Diab. Fußsyndr.</p> <p><input type="checkbox"/> Abstrich Abszess</p> <p><input type="checkbox"/> Gewebe</p> <p><input type="checkbox"/> Gelenkpunktat</p> <p><input type="checkbox"/> Pleurapunktat</p> <p><input type="checkbox"/> Aszites</p> <p><input type="checkbox"/> Blutkultur</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p>Untersuchung</p> <p><input type="checkbox"/> Path. Erreger + Resistenz</p> <p><input type="checkbox"/> Pilze</p> <p><input type="checkbox"/> MRSA-Kultur</p> <p><input type="checkbox"/> MRSA-PCR</p> <p><input type="checkbox"/> PVL-Bildung (Panton-Valentin-Leukozydin)</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p>Dermatomykosen</p> <p>Material</p> <p><input type="checkbox"/> Hautschuppen</p> <p><input type="checkbox"/> Haarwurzeln</p> <p><input type="checkbox"/> Nagelspäne</p> <p>Untersuchung</p> <p><input type="checkbox"/> Kultur + Mikroskopie</p> <p><input type="checkbox"/> PCR</p> <p><input type="checkbox"/> Pityriasis versicolor (Abklatschpräparat)</p>	<p>Material</p> <p><input type="checkbox"/> Sputum</p> <p><input type="checkbox"/> Trachealsekret</p> <p><input type="checkbox"/> Bronchialsekret</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p>Untersuchung</p> <p><input type="checkbox"/> Path. Erreger + Resistenz</p> <p><input type="checkbox"/> Pilze</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p>HNO / Augen</p> <p>Material</p> <p><input type="checkbox"/> Rachenabstrich</p> <p><input type="checkbox"/> Mundhöhle / Gaumen</p> <p><input type="checkbox"/> Zungenabstrich</p> <p><input type="checkbox"/> Tonsillenabstrich li. <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Nasenabstrich li. <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ohrabstrich li. <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Bindehautabstrich li. <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlensekret</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p>Untersuchung</p> <p><input type="checkbox"/> Path. Erreger + Resistenz</p> <p><input type="checkbox"/> Pilze</p> <p><input type="checkbox"/> β-häm. Streptokokken</p> <p><input type="checkbox"/> MRSA-Kultur</p> <p><input type="checkbox"/> MRSA-PCR</p> <p><input type="checkbox"/> PVL-Bildung (Panton-Valentin-Leukozydin)</p> <p><input type="checkbox"/> N. gonorrhoeae (Kultur + Resistenz)</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p>Material</p> <p><input type="checkbox"/> Stuhl</p> <p>Untersuchung</p> <p><input type="checkbox"/> Path. Erreger (Bakt. + Viren)</p> <p><input type="checkbox"/> Bakterielle Enteritiserreger¹</p> <p><input type="checkbox"/> Kontrolle Salmonellen</p> <p><input type="checkbox"/> Kontrolle Shigellen</p> <p><input type="checkbox"/> Kontrolle Yersinien</p> <p><input type="checkbox"/> Kontrolle Campylobacter</p> <p><input type="checkbox"/> Virale Enteritiserreger²</p> <p><input type="checkbox"/> Darmpathogene E. coli³</p> <p><input type="checkbox"/> Parasiten⁴</p> <p><input type="checkbox"/> Clostridioides difficile</p> <p><input type="checkbox"/> Wurmeier</p> <p><input type="checkbox"/> Würmer / Wurmeier</p> <p><input type="checkbox"/> Pilze</p> <p><input type="checkbox"/> Calprotectin</p> <p><input type="checkbox"/> Pankreas-Elastase</p> <p><input type="checkbox"/> Lactoferrin</p> <p>Material</p> <p><input type="checkbox"/> Klebestreifen (durchsichtig) auf OT</p> <p>Untersuchung</p> <p><input type="checkbox"/> Oxyuren</p> <p>Helicobacter pylori-Diagnostik</p> <p><input type="checkbox"/> Helicobacter-Ag (Stuhl)</p> <p><input type="checkbox"/> Kultur + Res. (Magenbiopat)⁵</p>
			<p></p> <p>0069 1120 01</p>

1 = Salmonellen, Shigellen / EIEC, Yersinien, Campylobacter 2 = Noro-/Rota-/Astro-/Adeno-/Sapoviren 3 = Darmpathogene E. coli (EPEC, EHEC, ETEC, EAEC)
4 = G. lamblia, E. histolytica, Cryptosporidium spp., D. fragilis, B. hominis, C. cayetanensis, inkl. Wurmeier 5 = Spezialröhrchen: PortugermPylori

IMD Institut für Medizinische Diagnostik Berlin-Potsdam GbR · IMD Berlin MVZ · Tel. 030 - 77 00 13 22 · FA1305 V01