

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

Diagnose / Medikation:

# Anforderungsschein

## Mikroimmuntherapie - MeGeMit

Privatauftrag  Igel-Auftrag

### Patienteninformation:

Ich wurde durch meinen behandelnden Arzt über die Laboruntersuchungen informiert. Sie werden auf meinen Wunsch veranlasst. Mit ist bekannt, dass mir die erbrachten Laborleistungen nach derzeit gültiger "Gebührenordnung für Ärzte" (GOÄ) berechnet werden. Ich erteile mein Einverständnis, dass alle rechnungsrelevanten Daten weitergegeben werden.

Datum/ Unterschrift des Patienten (für jeden Auftrag erforderlich)

TTMMJJ Abnahmedatum      ZIFolge Abnahmezeit      ZIFolge Sammelmenge ml      ZIFolge Größe cm      ZIFolge Zyklusstag

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

ZIFolge Quartal      ZIFolge Geschlecht

ZIFolge Gewicht kg      ZIFolge SSW Tag

Praxisstempel

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       PP2 Profil 2       PP3 Profil 3       PP4 Profil 4       PP5 Profil 5       PP6 Profil 6
- PP7 Profil 7       PP8 Profil 8       PP9 Profil 9       PP10 Profil 10       PP11 Profil 11       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
- ERV-EBNA1-IGG-IIFT EBNA (IIFT)
- E-ERV-EA-GLA EBV-EA (IFT)
- E-ERV-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 VZV-IgG (ELISA)

### Impftiter

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

### Infektionsserologie

- ADENOV-IGG Adenovirus-IgG
- ADENOV-IGM Adenovirus-IgM
- ASPERGILL-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 ESMEV-IgG
- ESMEV-IGM ESMEV-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
- PARVO-IGG Parvo-B19-IgG
- PARVO-IGM Parvo-B19-IgM
- PNEUMOKOKKEN-IGG Pneumokokken-IgG
- RSV-IGG RSV-IgG
- RSV-IGG RSV-IgG
- RSV-IGG 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
- MPC 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 M2-PK
- HLA-TYP-VOLLST-MGM HLA-Typisierung MeGeMit

### Sonstige Parameter

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

### Weitere Untersuchungen

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



0059 0535 03

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

Geschlecht des Patienten:  
 männlich     weiblich     divers     unbestimmt

Ethnische Herkunft .....

## Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Stempel

**Bitte das Formular vollständig ausfüllen!**

**Angeforderte genetische Untersuchung (ggf. Gene/Indikation):**

.....

.....

diagnostisch  
 prädiktiv / keine Symptome  
 vorgeburtlich<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Auf 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