Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!
Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers | Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

10

☐ Kurativ ☐ Präventiv ☐ bei belegärztl. Behandlung ☐ Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer

Quartal Q J J

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

eingeschränkter Leistungsanspruch ☐ gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

☐ SER

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum T T M M J J

Abnahmezeit h h m m

SSW

☐ **Befund eilt,** Übermittlung an ☐ Telefon ☐ Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (4.2024)

MVZ Institut für Labormedizin und Klinische Genetik Rhein/Ruhr GmbH
Willy-Brandt-Platz 4 · 45127 Essen · Telefon 0201.74 77 60 · Telefax 0201.74 77 690

amedes

☐ Kasse ☐ Privat ☐ Stationär ☐ Selbstzahler (IGeL)

Zytogenetische Untersuchungen

Chromosomenanalyse aus
- ☐ Fruchtwasser
- ☐ Chorionzotten
- ☐ Abortmaterial
- ☐ Heparin-Blut (Lymphozyten)
- ☐ Bindegewebe (z. B. Fibroblasten)
- ☐ Nabelschnurblut

Entnahmedatum: _____

pränatal

SSW re _____ US _____

Indikation:
- ☐ Alter
- ☐ auffälliger US (nähere Angaben unten)
- ☐ auffälliges ETS ☐ Biochemie ☐ NT _____
- ☐ Schnelltest (PCR)
- ☐ AFP, AChE
- ☐ FISH _____
- ☐ fetaler Rhesusfaktor
- ☐ molekulargenetische Untersuchung

postnatal

Indikation:
- ☐ unerfüllter Kinderwunsch
- ☐ vor IVF/ICSI
- ☐ Aborte
- ☐ Minderwuchs
- ☐ Dysmorphie
- ☐ Sonstiges

weitere Angaben/Anamnese: _____

Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen gemäß GenDG

Nach einer ausführlichen Aufklärung/Beratung und ausreichend Bedenkzeit wünsche ich die Durchführung der oben genannten Diagnostik. Ich bin damit einverstanden, dass weiterführende Untersuchungen, die sich aus der oben genannten Diagnostik ergeben, veranlasst werden, sofern sie für die Beurteilung bzw. Absicherung der Befunde notwendig sind. Der Aufbewahrung der Probe und der Untersuchungsergebnisse innerhalb der gesetzlichen Vorgaben bzw. je nach diagnostischer Notwendigkeit stimme ich zu. Wenn ich eine von den gesetzlichen Vorgaben abweichende Regelung wünsche, kann ich dieses jederzeit mitteilen.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen, die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Datum, Unterschrift der Patient/in

© amedes 04/2024 | Nachdruck verboten | SAP-Nr. 618226