



Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

SSW

§ 116b SGB V eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

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 (10.2020)

Gültig nur mit ausgefüllter und unterschriebener Einwilligungserklärung auf der Rückseite!

Privatpatient (Rechnung an Patienten, Kostenübernahme-Erklärung erforderlich!)

Privatpatient (Rechnung an Einsender)

Stationärer Patient (Rechnung an Kostenstelle)

ambulante Versorgung (Überweisung mitsenden)

Medicover Humangenetik Berlin-Lichtenberg MVZ
 Plauerer Straße 163-165
 13053 Berlin

Kostenloser Probentransport unter:
 Telefon: 030 92090727
 Mobil: 0173 5280106
 Fax: 030 92090741



Begleitschein Humangenetik / Abortgewebe

Angaben zur Patientin

SSW nach Ultraschall + SSW errechnet + Vorangegangene Geburten Anzahl Fehlgeburten

Mehrlingsschwangerschaft

Angaben zur Probe

Datum des Abortes T T M M J J

Chorionzotten Fetales Gewebe Fruchtwasser Nabelschnur-Blut EDTA-Blut Mutter (Kontaminationskontrolle)

Anamnese / Indikation

Spontanabort Erhöhte Nackentransparenz Hinweis auf Molenschwangerschaft

Induzierter Abort Auffälliges Os nasale Andere Indikation / Auffälligkeiten in der Familie

Auffälligkeit im Ultraschall Hydrops fetalis

Auffälliges NIPT-Ergebnis Auffälliges Erst-Trimester-Screening / Triple-Test

Angebotsspektrum genetische Diagnostik

Chromosomenanalyse DNA-Präparation (weiterführende Diagnostik)

Geschlechtsangabe nicht erwünscht Maternale Kontaminationskontrolle (IGeL-Privatleistung)

Array-CGH (IGeL-Privatleistung)



0069020500

Weitere Informationen und Unterschriften: bitte wenden!

RIECO Orgaform-Altenburg GmbH ☎ 03447 8519-0 10/20 FA001MED V02

Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung

Ich wurde über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der Untersuchung ausreichend aufgeklärt. Ich willige in die Untersuchung und die dafür ggf. erforderliche Probenentnahme ein. Ich habe keine weiteren Fragen.
Ich bin darüber aufgeklärt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen und von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand nehmen kann.

Bitte nehmen Sie nachfolgend Streichungen vor, falls Sie einzelnen Punkten nicht zustimmen.

Nach Aufklärung willige ich hiermit ein

- in die Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Dauer von 10 Jahren hinaus, jedoch keinen Anspruch darauf erhebe,
- in die anonymisierte Dokumentation des Probenmaterials, der erhobenen Daten und Ergebnisse für die Qualitätssicherung und wissenschaftliche Fragen, und
- dass nach Abschluss der Analysen verbleibendes genetisches Material in anonymisierter Form dem/den untersuchenden Labor/en zur Qualitätssicherung sowie zur Erforschung und Veröffentlichung übereignet wird, um so für die Verbesserung der Diagnostik und Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen beizutragen.

| T | T | M | M | J | J |

Datum

Unterschrift Patient / Patientin / Sorgeberechtigte/r

ggf. Auftragserteilung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung und Liquidation der gekennzeichneten Laboranalysen entsprechend den aktuellen GOÄ-Kostensätzen.

| T | T | M | M | J | J |

Datum

Unterschrift Patient / Patientin / Sorgeberechtigte/r