



# Überweisungsschein für Laboratoriums-untersuchungen als Auftragsleistung

Kurativ  Präventiv  bei belegärztl. Behandlung  Unfall, Unfallfolgen

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

ggf. Kennziffer

Quartal

Geschlecht

**Eintrag nur bei Weiterüberweisung!**

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers

Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Abnahmedatum

Abnahmezeit

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

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

**Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an** Telefon Nr.  Fax Nr.

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag



Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (10.2019)

## 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

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

- Anamnese / Indikation**
- Spontanabort
  - Induzierter Abort
  - Auffälligkeit im Ultraschall
  - Auffälliges NIPT-Ergebnis
  - Erhöhte Nackentransparenz
  - Auffälliges Os nasale
  - Hydrops fetalis
  - Auffälliges Erst-Trimester-Screening / Triple-Test
  - Hinweis auf Molenschwangerschaft
  - Andere Indikation / Auffälligkeiten in der Familie

**Angebotsspektrum genetische Diagnostik**

- Chromosomenanalyse
- Geschlechtsangabe nicht erwünscht
- Array-CGH (IGeL-Privatleistung)
- DNA-Präparation (weiterführende Diagnostik)
- Maternale Kontaminationskontrolle (IGeL-Privatleistung)



0069020500

Weitere Informationen und Unterschriften: bitte wenden!

## 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