

Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

Anschrift

geb. am

Pat.Nr (LABOR)

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum

EINSENDERSTEMPEL

RECHNUNG AN

Privatpatient (64)

Abweichend an

Praxis (70)

Rechnung mit MwSt

Falls Leistungen nicht therapeutisch indiziert sind!

Diagnose/Wichtige Angaben

Zusätzliche Untersuchungen

PATIENTENVEREINBARUNG

Die Erklärung zur Erhebung/Übermittlung meiner Patientendaten auf Seite 2 (Stand 08/2018 V2) habe ich gelesen, verstanden und akzeptiert.

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zu den veranlassten Untersuchungen, sowie der Erstellung eines Sonderbefundes zu diesen Laborwerten (ohne zusätzliche Kosten) durch die Lab4more GmbH. Die Liquidation für diese Leistungen erfolgt auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zuzüglich einer Material- und Versandkostenpauschale nach § 10 GOÄ. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass meine Krankenkasse verschiedene Leistungen nicht oder nur teilweise übernehmen kann; in diesen Fall verpflichte ich mich dennoch, den Gesamtbetrag auszugleichen.

Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____

Unterschrift liegt in der Praxis vor Tel.Nr. Patient: _____

AUFTRÄGE OHNE UNTERSCHRIFT KÖNNEN NICHT BEARBEITET WERDEN

- Erstuntersuchung (181) Abnahmedatum
- Kontrolle (182) Größe (cm) (171)
- Ohne Befundinterpretation (183) Gewicht (kg) (173)
- Unverträglichkeitspass (175) BMI (173)
- Männlich
- Weiblich

Achtung: **GDG!** (GenDiagnostikGesetz) siehe Rückseite

INDIVIDUELLE PROFILE

P01 P02 P03 P04

WERKSTOFFUNVERTRÄGLICHKEIT 24h €

CYRA®-DENTALWERKSTOFFE

IL2, IFN γ , IL10, TNF α

NH **Metalle** 6340 365,31

Gold, Palladium, Nickel, Silber, Chrom, Cobalt, Titan, Vanadium, Molybdän, Platin

NH **Kombiprofil** 6340 365,31

Quecksilber, Gold, Palladium, Nickel, Silber, Chrom, HEMA, TEGDMA, MMA, Cobalt

NH **Amalgam** 6333 221,21

Quecksilber, Silber, Zinn

NH **Goldlegierungen** 6337 317,35

Gold, Silber, Platin, Palladium, Zinn, Indium, Iridium

NH **Implantate** 6336 289,30

Titan, Vanadium, Aluminium, Chrom, Cobalt, Molybdän

NH **Kunststoffe/Kleber** 6338 315,06

MMA, BisGMA, TEGDMA, Benzoylperoxid, 4,4-IPDP, Hydrochinon, HEMA

NH **Zemente** 6332 147,48

Ethylenglykoldimethylat

NH Phosphatzement, Ketac Bond

NH **Individual Proben (IL2,IFN γ)** 5400 124,02

Individuelle Probe! Bitte angeben und einsenden

..... Probe 23,46

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

SPÄTREAKTIONEN (ITT) €

NH **ITT®-Antibiotika** 24h 6226 268,12

Penicillin, Cephalosporin, Tetracyclin, Sulphamethoxazol

NH **ITT®-Analgetika** 24h 6228 315,03

ASS, Diclofenac, Ibuprofen, Paracetamol, Metamizol

NH **ITT®-Lokalanästhetika** 24h 6226 268,11

Lidocain, Procain, Ultracain, Xylonest

NH **ITT®-Indiv. Probe** 24h 4260 127,36

Individuelle Probe! Bitte angeben und einsenden

..... Probe 46,90

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

S, S **Osteoporose Profil** 4525 134,04

Ca, P, Vit D (25-OH), PTH, Osteocalcin, β -Crosslaps (8.00 Uhr früh)

STRESSHORMONE €

SPZ **Cortisol-Morgenwert** 901 16,76

Cortisol 30 min nach dem Aufstehen

ENTGIFTUNG €

2U **DMPS-Test** 1925 72,00

vor/nach DMPS (Hg,Zn)

SPZ **DETOX Plus** 6015 62,33

Funktionelle Analyse der Detoxifikation - Phase I und II

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

..... Probe

2U 1. Urin vor und nach AS Abschliff

Infusion E EDTA

A Abstrich FSP Na F Speichel Spezial

NH Na Heparin PR Paroröhrchen trocken

MSP Morgen Speichel RT Paroröhrchen mit

nach dem Aufstehen Transportmedium

S Serum

S* Serum gefroren

SPZ Spezial Testkit

PHASE DER BEHANDLUNG

- Vor Initialbehandlung
- Nach Initialbehandlung
- Nach Parodontalchirurgie
- Vorsorge vor Implantation
- Nach Implantation
- PZR-Kontrolle

KLINISCHE DIAGNOSE

- Gingival Erkrankung
- Chronische Parodontitis
- Aggressive Parodontitis
- PA bei Systemerkrankungen
- Nekrotisierende PA-Erkrankung
- Periimplantitis
- Zahnfleischbluten
- Mundschleimhautentzündung
- Zahnfleischentzündung
- Vermehrter Speichelfluss
- Metallgeschmack

EINNAHME ANTIBIOTIKA / MEDIKAMENTE

- ja nein
- welche
- wann
- wofür

ÜBEREMPFINDLICHKEIT GEGEN ANTIBIOTIKA

- ja nein
- welche

SYSTEMISCHE ERKRANKUNGEN

- Diabetes
- Nierenerkrankung
- Rheumatische Erkrankung
- Herz-Kreislaferkrankungen
- Osteoporose
 - behandelt
 - familiäres Risiko
- Hypertonie
- Hypotonie

SONSTIGE UMWELTEINFLÜSSE

- Stress (Niveau 1-10: 1 = kein Stress; 10 = viel Stress)
- ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

KLINISCHE PARAMETER

- BOP in % aller sondierten Stellen
- Sondierungstiefe > 6mm (Anzahl der Taschen)
- Knochenverlust in % (1mm = 10% Knochenverlust)
- Fehlende Zähne

RAUCHEN

- nie
- nein (<1 Jahr nicht mehr)
- nein (>1 Jahr nicht mehr)
- ja (<10 Zigaretten pro Tag)
- ja (>10 Zigaretten pro Tag)

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR ERHEBUNG/ÜBERMITTLUNG MEINER PATIENTENDATEN (Stand 08/2018_V2)

Ich bin darauf hingewiesen worden und damit einverstanden, dass das MVZ Labor Bavariahaus und deren Betriebsgesellschaft Lab4more persönliche Daten, insbesondere Name, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungsdaten, Rechnungsbeträge, Kostenträger, Diagnosen und Befunde aus der Behandlung unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung, dem Bundesdatenschutzgesetz, des § 203 Strafgesetzbuch und § 73 Abs. 1b Sozialgesetzbuch zum Zwecke der Vertragserfüllung erhebt, verarbeitet und nutzt.

Für die Untersuchung spezieller Analysen übermittelt das MVZ Labor Bavariahaus und deren Betriebsgesellschaft Lab4more meine Patientendaten (Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Anschrift, Auftragsnummer) und medizinischen Proben an verbundene und externe Labore. Extern werden vornehmlich die Medizinischen Laboratorien Düsseldorf, Nordstr. 44, 40477 Düsseldorf beauftragt. In seltenen Fällen werden Laborleistungen zur Analyse an weitere Speziallabore versendet. Häufig genutzte Speziallabore sind: Labor München Zentrum, Bayerstr. 53, 80335 München; Praxis Prof. Dr. med. Michael Kramer, Mönchhofstr. 52, 69120 Heidelberg.

Die Abrechnung der durchgeführten Laboruntersuchungen erfolgt über den jeweiligen o. g. Leistungserbringer. Für die vorgenannten Labore ist die dgpar GmbH, Eugen-Langen-Str. 12, 50968 Köln die beauftragte Abrechnungsstelle, die die zur Abrechnung wesentlichen Daten der Behandlung (Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern für die Untersuchungen), auch soweit es sich dabei um „besondere Arten personenbezogener Daten“ i. S. v. Art. 9 Abs. 1 der EU Datenschutz-Grundverordnung handelt, erhält. Darüberhinaus können bestehende Honorarforderungen aus meiner ärztlichen Behandlung an das Inkassounternehmen Euroincasso GmbH, Bernauer Straße 21, 83209 Prien am Chiemsee, weitergegeben werden (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, Behandlungsunterlagen, Laborrechnungen und -ergebnisse usw.). Sollte es erforderlich sein, Befunde und Untersuchungen des hier vorliegenden Auftrags an das Inkassounternehmen Inkassum GmbH weiterzuleiten, entbinde ich meinen Arzt/Therapeuten insoweit von seiner ärztlichen Schweigepflicht. Alle Mitarbeiter der Inkassum GmbH, aber auch der dgpar GmbH, unterliegen den Regeln des Datenschutzrechts und sind unter Strafandrohung gemäß § 203 StGB zur Verschwiegenheit verpflichtet. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin darauf hingewiesen, dass

- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten freiwillig erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht zustande kommt.
- im Falle eines Widerrufs dieser schriftlich an das MVZ Labor Bavariahaus, c/o Lab4more GmbH, Augustenstraße 10, 80333 München oder per Mail an geschaeftsfuehrung@lab4more.de zu richten ist.
- ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über meine gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner Daten zu verlangen.

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO habe ich auf der Webseite www.lab4more.de/datenschutz eingesehen bzw. habe ich auf Anfrage unter info@lab4more.de ausgedruckt erhalten. Mit meiner Unterschrift auf dem Laborauftrag stimme ich der Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten zu o. g. Zwecken ausschließlich zu.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR DURCHFÜHRUNG VON UNTERSUCHUNGEN, DIE DEM GENDIAGNOSTIKGESETZ (GENDG) UNTERLIEGEN

Das menschliche Erbmateriale zeigt in einigen Bereichen individuelle Varianten (sogenannte Gen-Polymorphismen): Diese können Einfluss haben, z.B. auf individuelle Besonderheiten der Wirkung von Arzneimitteln, unterschiedliche Reaktionsweisen gegenüber Fremdstoffen oder Umweltschadstoffen, auf die Empfänglichkeit gegenüber Infektionserregern oder die Ausprägung von Entzündungen. Viele dieser Polymorphismen lassen sich durch die Untersuchung einer Blutprobe, einzelne auch im Rachenabstrich, nachweisen.

Wie für alle genetischen Untersuchungen gilt auch für den Nachweis einer bestimmten genetischen Variante, dass Sie vorher von Ihrem Arzt über Wesen, Bedeutung und Tragweite der veranlassten Untersuchung informiert werden müssen (Aufklärungspflicht).

Hiermit erkläre ich,

Name Vorname Geburtsdatum

Straße/Hausnummer PLZ/Ort

dass ich von meinem Arzt / meiner Ärztin ausführlich über Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung/en

.....

aufgeklärt wurde. Ich bin mit der Entnahme des Untersuchungsmaterials einverstanden. Die Einwilligung kann bis zum Untersuchungsbeginn jederzeit widerrufen werden. Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass dieses Untersuchungsmaterial durch das von meinem Arzt / meiner Ärztin beauftragte Labor untersucht wird.

Ich bin mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein kooperierendes medizinisches Labor einverstanden.

Ort/Datum Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter Unterschrift aufklärender Arzt