Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

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

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

Überweisungsschein für Laboratoriums-untersuchungen als Auftragsleistung

10

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

Auftragsnummer des Labors
Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

ggf. Kennziffer

Quartal Q J J

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

Geschlecht W M

Behandlung gemäß ☐ § 116b SGB V

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

Abnahmedatum T T M M J J

Abnahmezeit h h m m

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (1.2012)

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit der/n geplanten genetischen Untersuchung(en) und der dafür erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial. Eine angemessene Bedenkzeit wurde mir eingeräumt.
Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten und Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden. Einer ggf. erforderlichen Weiterleitung des Untersuchungsauftrags, des Probenmaterials und der Daten an ein spezialisiertes medizinisches Labor stimme ich zu. Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial übereigne ich hiermit gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat.

Ich bin mit der Aufbewahrung von überschüssigem Probenmaterial zum Zwecke der späteren Nachprüfbarkeit der Ergebnisse

❒ einverstanden. ❒ nicht einverstanden.

Ferner bin ich mit der anonymisierten Verwendung des verbleibenden Untersuchungsmaterials für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen oder wissenschaftliche Zwecke

❒ einverstanden. ❒ nicht einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Ebenso kann ich von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses jederzeit und ohne Angabe von Gründen Abstand nehmen.

…….
Ort, Datum

……..
Ort, Datum

……
Unterschrift des/r Patienten/in bzw. des (gesetzlichen) Vertreters

……..
Unterschrift der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person