

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
<b>Eintrag nur bei Weiterüberweisung!</b>		
Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers	Arzt-Nr. des Erstveranlassers	

## Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen



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

SER

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

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)



Katharina Krieg  
 Hospitalstr. 2  
 48607 Ochtrup  
 Tel.: 02553/9389-0

### Nicht-invasive Bestimmung des fetalen Rh-Faktors aus maternalem Blut zur gezielten Rh-Prophylaxe \*

7,5 ml EDTA-Blut, unzentrifugiert, keine Kühlung erforderlich, max. 3 Tage bis Eingang im Labor.

Die Probe muss vollständig mit Vor- und Nachname sowie Geburtsdatum beschriftet sein, ansonsten ist keine Bearbeitung möglich. **Auch barcodierte Monovetten müssen komplett beschriftet sein!**

SSW:      

--	--

 + 

--

 ( ab SSW 11+0 möglich, optimal ab SSW 19+0 )

Anzahl der Feten: 

--

#### Bei Mehrlingsschwangerschaften Abrechnung als IGeL:

Laborkosten 134,07, hinzu kommen ggf. Kosten für Blutentnahme und Beratung.

\* Fremdleistung Partnerlabor



Name

Vorname

Geburtsdatum

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

### zur Durchführung einer genetischen Untersuchung nach dem Gendiagnostik-Gesetz durch das Labor Enders

Vorgesehene Untersuchung:

#### Bestimmung des kindlichen Rhesusfaktor D aus mütterlichen Blut

Hiermit erteile ich mein Einverständnis für die Durchführung der oben genannten Untersuchung. Über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft dieser Untersuchung wurde ich von meinem Arzt hinreichend informiert.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung bis zum Zeitpunkt der Untersuchung jederzeit widerrufen kann.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Befundmitteilung durch das Labor direkt an den Patienten nicht zulässig ist.

Nachdem die nachfolgenden Fragen mit Ihnen erörtert wurden, beantworten Sie bitte diese durch Ankreuzen mit Ja oder Nein:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für Nachforderungen im Labor aufbewahrt wird.

Ja

Nein

Ich bin damit einverstanden, dass anonymisiertes Probenmaterial zum Zwecke der internen Qualitätssicherung verwendet wird.

Ja

Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse meiner Untersuchungen im Labor bzw. der Arztpraxis länger als 10 Jahre aufbewahrt werden können.

Ja

Nein

Ich bin damit einverstanden, dass folgender weitere(r) Ärztin / Arzt ebenfalls eine Befundmitteilung erhält:

Ja

Nein

\_\_\_\_\_

Ort

Datum

Unterschrift der Patientin oder des gesetzlichen Vertreters

Name des aufklärenden Arztes

Unterschrift des aufklärenden Arztes

Anforderungsschein-Nr.: 21

000020140020