

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Bitte dieses Feld nicht bekleben!

Nur für labor-interne Zwecke!

Entnahme-Dat.:	Uhrzeit:	Pat.-Angaben:
		<input type="checkbox"/> Eifall
Entnehmende Person:		<input type="checkbox"/> Fax
		<input type="checkbox"/> Tel.

Rechnung an Patient

Einsenderinformation:

Ich bin durch die FMF -London (UK) zertifiziert
ggf. Zert.- Nummer: _____

Ärztliche Leistungen des behandelnden Arztes bei Abrechnung über die PVS:

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 250	<input type="checkbox"/> 415
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 70	<input type="checkbox"/> 403	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 75	<input type="checkbox"/> 406	<input type="checkbox"/>

Bei Nachbestellung diese Belegnummer angeben:



0035 0049 04

Untersuchungsauftrag Ersttrimester - Screening

Klinische und anamnestische Angaben / Angaben zur Schwangerschaft:

• Datum der Ultraschalluntersuchung

--	--	--	--

• SSW

		+	
--	--	---	--

• Scheitel-Steiß-Länge (SSL)

		,		mm
--	--	---	--	----

• Biparietaler Durchmesser (BiP)

		,		mm
--	--	---	--	----

• Nackentransparenz (NT)

		,		mm
--	--	---	--	----

• Nasenknochen nachgewiesen

Ja	Unsicher	Nein
----	----------	------

• Trikuspidalregurgitation

Normal	Unsicher	Auffällig
--------	----------	-----------

• Ductus venosus

Unauffällig	Auffällig: _____
-------------	------------------

• Frontomaxillärer Winkel (FMF)

Grad: _____	Kann nicht untersucht werden
-------------	------------------------------

• Anzahl Feten

Einling	Mehrling
---------	----------

• Chorionizität

mono-chorial	di-chorial
--------------	------------

• Anzahl Amnien

mono-amniotisch	di-amniotisch
-----------------	---------------

• Gewicht der Patientin

		,		kg
--	--	---	--	----

• Ethnische Herkunft

Weiß	Andere: _____
------	---------------

• Raucherin

Ja	Nein
----	------

• IVF

Ja	Nein
----	------

• Anzahl früherer Geburten (Parität)

--

• Frühere Schwangerschaften mit Trisomie 21 / 18 / 13 , NRD, andere

Ja	Nein
----	------

Wenn Ja, welches?

--	--	--

Untersuchungsauftrag:

Bestimmung von PAPP-A und freier β -Kette des HCG, Werte incl. MoM mit Risikoberechnung 58,10 € ohne Risikoberechnung 37,99 €

Einwilligungserklärung zur humangenetischen Diagnostik

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Probennahme und zur Durchführung einer humangenetischen Untersuchung zur Abklärung der oben bezeichneten Fragestellung bzw. Genanalyse. Ich wurde über das Wesen, die Bedeutung und Tragweite der Analyse aufgeklärt. Die durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt und ausschließlich auf diese Fragestellung und dient nicht der Erlangung von Aussagen zu eventuellen anderen Krankheiten oder Erbanlagen. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt und ich habe derzeit keine weiteren Fragen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen und von einer Mitteilung über das Ergebnis der Untersuchung Abstand nehmen kann.

Ich bin damit

einverstanden nicht einverstanden

dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meine Ärztin / meinen Arzt und wissenschaftliche Zwecke bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann.

Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen

Als Mitglied der gesetzlichen Krankenkasse möchte ich die oben aufgeführten, privatärztlichen Leistungen in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschten Leistungen in meinem Fall nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden. Ich werde die Kosten entsprechend o.g. Aufstellung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 96) selbst tragen. Mir ist ferner bekannt, dass für meine Krankenkasse keine Verpflichtung besteht, die Kosten ganz oder anteilig zu übernehmen. Mit der Abrechnung der Leistungen durch das Medizinische Labor Bremen bzw. über die Privatverrechnungsstelle für Ärzte (PVS) bin ich einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift

Information nach Art. 13 Datenschutzgrundverordnung für Patienten/innen

Die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorgaben hat einen hohen Stellenwert für unser Unternehmen. Wir möchten Sie nachfolgend über die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten bei uns aufklären.

Verantwortliche Stelle

Für die Datenerhebung und Verarbeitung ist die MVZ Medizinisches Labor Bremen GmbH verantwortlich.

Datenverarbeitung zur Vertragserfüllung

Wir verarbeiten die erhobenen Daten gem. Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO zum Zweck der Vertragserfüllung.

Die zur Vertragserfüllung erforderlichen Daten werden 10 Jahre nach Beendigung des Vertrags gelöscht, wenn keine rechtlichen Ansprüche in dieser Sache zu erwarten sind. Im Fall des Bestehens gesetzlicher Aufbewahrungsfristen werden die betroffenen Daten für die Dauer dieser Fristen archiviert. Wir erheben von Ihnen Ihren Namen, Vornamen und Ihre vollständige Anschrift und ggf. weitere Kontaktdaten und Angaben zum Kostenträger, sofern uns diese mitgeteilt wurden, um Ihnen die Befundergebnisse und ggf. Rechnung zukommen lassen zu können.

Datenempfänger

Ihre Daten behandeln wir selbstverständlich vertraulich. Ggf. geben wir diese auch an Dienstleister weiter, die uns z.B. in den Bereichen EDV oder Datenvernichtung streng weisungsgebunden unterstützen und mit denen gesonderte Verträge zur Auftragsverarbeitung geschlossen wurden. Ihre Daten können von uns zudem an unseren Inkasso-Dienstleister KSP Kanzlei Dr. Seegers, Dr. Frankenheim Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, Kaiser-Wilhelm-Straße 40, 20355 Hamburg, zur Geltendmachung unserer Forderungen weitergegeben werden. Eine Datenverarbeitung außerhalb der EU bzw. des EWR findet nicht statt.

Darüber hinaus können in Einzelfällen weitere gesetzliche Verpflichtungen zur Übermittlung von Daten vorliegen, die jedoch nicht allgemein, sondern nur im konkreten Einzelfall entstehen können.

Ihre Datenschutzrechte

Als betroffene Person haben Sie das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung unrichtiger Daten oder auf Löschung, sofern einer der in Art. 17 DSGVO genannten Gründe vorliegt, z.B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Es besteht zudem das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, wenn eine der in Art. 18 DSGVO genannten Voraussetzungen vorliegt und in den Fällen des Art. 20 DSGVO das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Jede betroffene Person hat das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn sie der Ansicht ist, dass die Verarbeitung der sie betreffenden Daten gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen verstößt. Das Beschwerderecht kann insbesondere bei einer Aufsichtsbehörde in dem Mitgliedstaat des Aufenthaltsorts oder des Arbeitsplatzes der betroffenen Person oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes geltend gemacht werden.

Diese Information finden Sie auch dauerhaft auf unserer Website unter www.mlhb.de/dsgvo

Sie haben zudem das Recht, sich jederzeit an unseren Datenschutzbeauftragten zu wenden, der bezüglich Ihrer Anfrage zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Die Kontaktdaten unseres Datenschutzbeauftragten lauten:

KONTAKTDATEN

datenschutz nord GmbH
Betrieblicher Datenschutzbeauftragter MLHB
Konsul-Smidt-Straße 88
28217 Bremen

Tel.: 0421 696632-0
Fax: 0421 696632-11
E-Mail: office@datenschutz-nord.de
Web: www.datenschutz-nord-gruppe.de