

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!

Bei Nachbestellung diese
Belegnummer angeben:



0035 0049 04



**MEDIZINISCHES LABOR
BREMEN**

Postfach 286 132 · 28361 Bremen

Tel.: +49 421 2072-0

Fax: +49 421 2072-167

info@mlhb.de · www.mlhb.de

Entnahme-Dat.:

Uhrzeit:

Pat.-Angaben:

Entnehmende Person:

☐ Eilfall

☐ Fax

☐ 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:

☐ 1 ☐ 24 ☐ 250 ☐ 415

☐ 3 ☐ 70 ☐ 403 ☐

☐ 5 ☐ 75 ☐ 406 ☐

Untersuchungsauftrag Ersttrimester - Screening

Klinische und anamnestische Angaben / Angaben zur Schwangerschaft:

• Datum der Ultraschall-
untersuchung

• SSW

• Scheitel-Steiß-Länge (SSL)

• Biparietaler Durchmesser (BiP)

• Nackentransparenz (NT)

• Nasenknochen nachgewiesen

• Trikuspidalregurgitation

• Ductus venosus

• Frontomaxillärer Winkel (FMF)

• Anzahl Feten

• Chorionizität

• Anzahl Amnien

• Gewicht der Patientin

• Ethnische Herkunft

• Raucherin

• IVF

• Anzahl früherer Geburten (Parität)

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

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

10/2024

Information nach Art. 14 Datenschutzgrundverordnung für Patient*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 und Quelle der Daten

Für die Datenerhebung und Verarbeitung ist die MVZ Medizinisches Labor Bremen GmbH verantwortlich. Wir erhalten Ihre Daten im Rahmen einer Probeneinsendung der Klinik bzw. Arztpraxis, in der Sie in Behandlung sind. Hierzu zählen insbesondere Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Krankenkasse bzw. Kostenträger, Versichertennummer sowie der konkrete Untersuchungsauftrag.

Zweck, Rechtsgrundlage und Speicherdauer der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten die erhobenen Daten gem. Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO, 9 Abs. 2 lit. h DSGVO insbesondere zum Zweck der **Vertragserfüllung** (insb. Befundübermittlung an Ihren Einsender, ggf. Rechnungstellung sowie die Weitergabe von Gesundheitsdaten zu Abrechnungszwecken an die jeweilige Krankenkasse).

Ihre Daten werden für die Dauer der Behandlung verarbeitet und für mindestens 10 Jahre aufbewahrt.

In einzelnen Fällen, wie z. B. gendiagnostischen Untersuchungen, Notfallanalysen oder die Weitergabe Ihres Befundes an Ihren Hausarzt oder nachbehandelnden Arzt ist eine Datenverarbeitung bzw. -weitergabe nur auf Basis Ihrer **Einwilligung** (Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO) möglich. Sofern Sie privat versichert sind oder eine IGeL-Leistung in Anspruch nehmen, geben wir, vorbehaltlich Ihrer Einwilligung, die hierfür erforderlichen Daten an die Privatversicherungen oder Privatverrechnungsstellen zur direkten Abrechnung (inklusive Gesundheitsdaten) weiter. Ihre Einwilligung kann **jederzeit widerrufen** werden, ohne dass dies die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt.

Wir übermitteln Ihre Daten zudem an Dritte, sofern hierzu eine gesetzliche Verpflichtung besteht (Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. c DSGVO, Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO). Das gilt etwa für die Übermittlung meldepflichtiger Krankheiten nach §§ 6 und 7 Infektionsschutzgesetz an das Gesundheitsamt. Ferner erfolgt eine Datenübermittlung an den Kostenträger bei gesetzlichen Krankenversicherungen (§ 301 SGB V).

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.

Ihre Datenschutzrechte

Sie haben folgende Datenschutzrechte: Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO), Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO), Löschung (sofern einer der in Art. 17 DSGVO genannten Gründe vorliegt), 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. Es erfolgt keine automatisierte Entscheidungsfindung und kein Profiling gem. Art. 22 Abs. 1 und 4 DSGVO.

Sie haben das Recht, Ihre **Einwilligung** jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu **widerrufen**. Bitte richten Sie den Widerruf an: info@mlhb.de

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.

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:

datenschutz nord GmbH/ E-Mail: office@datenschutz-nord.de/ Tel.: 0421 69 66 32-0

Weitergehende Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten stellen wir Ihnen auf Anfrage jederzeit gerne zur Verfügung. Zudem finden Sie unsere Art. 13 Information auch auf unserer Website unter <https://www.mlhb.de/datenschutz/informationspflicht-dsgvo-fuer-einsender>.

