

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 0302 02

Untersuchungsauftrag Mikrobiologie

Klinische Angaben:

Bitte pro Beleg nur ein Material einsenden!

		Abstrich	Rachen-Nasen Screening			Genital	Punktat										
<input type="checkbox"/>	Blutkultur	<input type="checkbox"/>	aer	<input type="checkbox"/>	an	<input type="checkbox"/>	Auge	<input type="checkbox"/>	Re	<input type="checkbox"/>	Li	<input type="checkbox"/>	Leisten/Perineum Screening	<input type="checkbox"/>	Vaginal	<input type="checkbox"/>	Abszess*
<input type="checkbox"/>	Blutkultur PED			<input type="checkbox"/>	Ohr	<input type="checkbox"/>	Re	<input type="checkbox"/>	Li			<input type="checkbox"/>	Screening weitere Lokalisation (s.u.)*	<input type="checkbox"/>	Zervix	<input type="checkbox"/>	Eiter*
<input type="checkbox"/>	Liquor			<input type="checkbox"/>	Nase							<input type="checkbox"/>	Tiefe Atemwege	<input type="checkbox"/>	Genitalpunktat	<input type="checkbox"/>	Pleura
<input type="checkbox"/>	Aspirat*			<input type="checkbox"/>	Rachen		<input type="checkbox"/>	Sputum				<input type="checkbox"/>	Trachealsekret	<input type="checkbox"/>	Urethral	<input type="checkbox"/>	Aszites
<input type="checkbox"/>	Sekret*	<input type="checkbox"/>	Gewebe / PE*			<input type="checkbox"/>	Wundabstrich*	<input type="checkbox"/>	Trachealsekret			<input type="checkbox"/>	Bronchialsekret	<input type="checkbox"/>	Sonstige Genitalmaterialien*	<input type="checkbox"/>	Gelenkpunktat
Urin				<input type="checkbox"/>	Sekretabstrich*		<input type="checkbox"/>	Bronchoskopie-Material		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ZVK	<input type="checkbox"/>	Hüfte	<input type="checkbox"/>	TEP
<input type="checkbox"/>	Mittelstrahlurin			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Bronchiallavage		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Knie	<input type="checkbox"/>	TEP
<input type="checkbox"/>	Katheterurin			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Magensaft				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Sonstiges Punktat*		
<input type="checkbox"/>	Blasenpunktionsurin																

* Bitte hier weitere Materialien sowie die Lokalisierung angeben:

Anforderungen - Kultur	PCR / Direktnachweis	Stuhl - Kultur	Stuhl - Direktnachweis
<input type="checkbox"/> Allg Erreger, ggf. Resistenz	<input type="checkbox"/> Coronavirus SARS-CoV-2 - PCR	<input type="checkbox"/> EHEC	<input type="checkbox"/> Clostridium difficile PCR
<input type="checkbox"/> MRSA - Screening - Kultur	<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis - PCR	<input type="checkbox"/> ESBL	<input type="checkbox"/> Norovirus - PCR + Clostridium difficile PCR
<input type="checkbox"/> MRGN	<input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae - PCR	<input type="checkbox"/> Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE)	<input type="checkbox"/> Viren (Rota, Adeno) EIA
<input type="checkbox"/> Anaerobe Aktinomyzeten	<input type="checkbox"/> MRSA - PCR	<input type="checkbox"/> Gonokokken	<input type="checkbox"/> Rotaviren
<input type="checkbox"/> Anaerobier	<input type="checkbox"/> Gonokokken - PCR	<input type="checkbox"/> Salmonellen	<input type="checkbox"/> Adenoviren
<input type="checkbox"/> hämolsyierende Streptokokken	<input type="checkbox"/> Legionella pneumophila - PCR	<input type="checkbox"/> Shigellen	<input type="checkbox"/> Norovirus PCR
<input type="checkbox"/> Gonokokken - kult. Nachweis	<input type="checkbox"/> Legionella pneumophila-Antigennachweis (Urin)	<input type="checkbox"/> Yersinien	<input type="checkbox"/> Parasiten (Kryptosporidien, Lamblien, Amöben, Würmer, Wurmeier)
<input type="checkbox"/> Listerien		<input type="checkbox"/> Campylobacter	<input type="checkbox"/> Kryptosporidien EIA
<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae - PCR	<input type="checkbox"/> TPER (Salmonellen, Shigellen, Yersinen, Campylobacter)	<input type="checkbox"/> Lamblien EIA
<input type="checkbox"/> TBC Kultur, ggf. Resistenz (Urin)	<input type="checkbox"/> Pneumocystis jiroveci - PCR	<input type="checkbox"/> Enteritis-Erreger bei Krankenhaus - und bettlägerigen Patienten	<input type="checkbox"/> Amöben EIA
<input type="checkbox"/> TBC Mikroskopie, Kultur, ggf. Resistenz (Regelfall)	<input type="checkbox"/> TBC PCR	<input type="checkbox"/> Enteritis-Erreger bei rezidivierenden Durchfällen	<input type="checkbox"/> Amöben Mikr.
<input type="checkbox"/> Hefen (Sproßpilze)	<input type="checkbox"/> Pertussis, Parapertussis - PCR	<input type="checkbox"/> Enteritis-Erreger nach Auslandsreise	<input type="checkbox"/> Würmer
<input type="checkbox"/> Dermatophyten	<input type="checkbox"/> Herpes simplex Virus - PCR	<input type="checkbox"/> Enteritis-Erreger bei Immunschwäche	<input type="checkbox"/> Wurmeier Mikr.
<input type="checkbox"/> Schimmelpilze	<input type="checkbox"/> Biliarziose aus Urin	<input type="checkbox"/> Pathogene Keime (Bakterien, Viren)	<input type="checkbox"/> Oxyturen (Perianalabstrich ohne Transportmedium) Mikr.
<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori (PE)	<input type="checkbox"/> Trichomonaden	<input type="checkbox"/> Sproßpilze (Hefen)	

 Weitere, nicht aufgeführte Untersuchungen:

Wichtige Hinweise

*= (bitte spezielles Entnahmestück)



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:
-	-	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> schwanger <input type="checkbox"/> SSW: _____

Entnehmende Person:

Kostenträger

- Stat. Regelleistung
- Privat ambulant
- Privat stationär
- Berufsgenossenschaft (BG) (bitte den U-Tag, das Aktenzeichen und den Arbeitgeber im Feld "Klinische Angaben" eintragen)
- Eilfall
- Tel.
- Fax

Kostenstelle / Rechnung an: _____

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 Rechtsanwaltsgeellschaft 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>.

