

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

Kostenträger

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

Kostenstelle / Rechnung an: _____

Bei Nachbestellung diese Belegnummer angeben:



0035 0436 02

Untersuchungsauftrag Mikrobiologie

Klinische Angaben:

Antibiotikatherapie	Präparate/ Dosierung
<input type="checkbox"/> Oral	_____
<input type="checkbox"/> Parenteral	_____
<input type="checkbox"/> Lokal	_____

Bitte pro Beleg nur ein Material einsenden!

<p>Screening MRSA</p> <p><input type="checkbox"/> Rachen-Nase <input type="checkbox"/> sonstige Lokalisation</p> <p>Screening MRGN</p> <p><input type="checkbox"/> Kombiabstrich Rachen-Leiste-Anal <input type="checkbox"/> sonstige Lokalisation</p> <p>Screening VRE</p> <p><input type="checkbox"/> tiefer Rektalabstrich <input type="checkbox"/> sonstige Lokalisation</p>	<p>Prim. sterile Materialien</p> <p><input type="checkbox"/> Blutkultur <input type="checkbox"/> aer <input type="checkbox"/> an <input type="checkbox"/> Blutkultur PED <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Gewebe / PE*</p> <p>Urin</p> <p><input type="checkbox"/> Mittelstrahlurin <input type="checkbox"/> Katheterurin <input type="checkbox"/> Blasenpunktionsurin <input type="checkbox"/> Erststrahlurin</p> <p>Abstrich</p> <p><input type="checkbox"/> Auge <input type="checkbox"/> Re <input type="checkbox"/> Li <input type="checkbox"/> Ohr <input type="checkbox"/> Re <input type="checkbox"/> Li</p>	<p><input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Rachen <input type="checkbox"/> Wundabstrich* <input type="checkbox"/> Eiterabstrich* <input type="checkbox"/> Sekretabstrich*</p> <p>Tiefe Atemwege</p> <p><input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Trachealsekret <input type="checkbox"/> Bronchialsekret <input type="checkbox"/> Bronchiallavage</p>	<p>Genital</p> <p><input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Zervix <input type="checkbox"/> Genitalpunktat <input type="checkbox"/> Urethral <input type="checkbox"/> Sonstige Genitalmaterialien*</p> <p>Katheterspitze / Sekret</p> <p><input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Sekret*</p>	<p>Punktat</p> <p><input type="checkbox"/> Abszess* <input type="checkbox"/> Eiter* <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Aszites</p> <p>Gelenkpunktat</p> <p><input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> Sonstiges Punktat*</p>
---	---	--	---	---

* Bitte hier weitere Materialien sowie die Lokalisierung angeben:

<p>TBC Kultur / PCR</p> <p><input type="checkbox"/> TBC Mikroskopie, Kultur, ggf. Resistenz (Regelfall) <input type="checkbox"/> TBC Kultur, ggf. Resistenz (Urin) <input type="checkbox"/> TBC PCR <input type="checkbox"/> atyp. Mykobakt. (NTM) Mikroskopie, Kultur, ggf. Resistenz <input type="checkbox"/> atyp. Mykobakt. (NTM) PCR</p>	<p>Anforderungen - Kultur</p> <p><input type="checkbox"/> Allg. Erreger, ggf. Resistenz <input type="checkbox"/> Hefen (Sproßspilze) <input type="checkbox"/> Schimmelpilze <input type="checkbox"/> Anaerobe Aktinomyzeten <input type="checkbox"/> Anaerobier <input type="checkbox"/> hämolysierende Streptokokken <input type="checkbox"/> Gonokokken - kult. Nachweis <input type="checkbox"/> Legionellen - kult. Nachweis <input type="checkbox"/> Listerien <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Haemophilus ducreyi <input type="checkbox"/> Dermatophyten <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori (PE)</p>	<p>PCR / Direktnachweis</p> <p><input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae / Mycoplasma pneumoniae - PCR <input type="checkbox"/> Legionella pneumophila - PCR <input type="checkbox"/> Legionella pneumophila-Antigennachweis (Urin) <input type="checkbox"/> Pneumokokken AG (Urin) <input type="checkbox"/> Pneumocystis jiroveci - PCR <input type="checkbox"/> Aspergillus Antigen (aus BAL) <input type="checkbox"/> Pertussis, Parapertussis - PCR <input type="checkbox"/> Influenza A/B - PCR <input type="checkbox"/> Covid 19 - PCR <input type="checkbox"/> RSV - PCR <input type="checkbox"/> Herpes simplex Virus 1/2 - PCR <input type="checkbox"/> Cytomegalie Virus - PCR <input type="checkbox"/> Varicella zoster Virus - PCR <input type="checkbox"/> Gonokokken - PCR <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis - PCR <input type="checkbox"/> Trichomonaden</p>	<p>Stuhl - Diagnostik</p> <p><input type="checkbox"/> Pathogene Keime (Bakterien, Viren) (Salmonellen, Shigellen, Yersinen, Campylobacter, Noro-, Rota-, Adeno-, Astrovirus, C. difficile, enteropath. E. coli) <input type="checkbox"/> Enteritis Erreger Krankenhaus (Noro, Adeno, Rota, Astro Virus, C. difficile) <input type="checkbox"/> Enteropath. Viren (Noro-, Rota-, Adeno-, Astrovirus) <input type="checkbox"/> Enteropath. Bakterien (Salmonellen, Shigellen, Yersinen, Campylobacter) <input type="checkbox"/> Enteropath. E. coli (EHEC, EPEC, EIEC) <input type="checkbox"/> Aeromonas / Plesiomonas sp. <input type="checkbox"/> Parasiten, Würmer (Cryptosporidien, Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Strongyloides) <input type="checkbox"/> Enteritis Erreger bei Immunschwäche / nach Auslandsaufenthalt (enteropath. Bakterien, Viren, C. difficile, enteropath. E. coli, Parasiten, Würmer) <input type="checkbox"/> C. difficile <input type="checkbox"/> Norovirus PCR <input type="checkbox"/> Rotaviren / Adenoviren PCR <input type="checkbox"/> Sproßspilze (Hefen) <input type="checkbox"/> Oxyuren (Perianalabstrich ohne Transportmedium) Mikr. <input type="checkbox"/> Kryptosporidien PCR <input type="checkbox"/> Lamblien PCR <input type="checkbox"/> Amöben PCR <input type="checkbox"/> Amöben Mikr. <input type="checkbox"/> Würmer / Wurmeier Mikr. <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori AG</p>
--	--	---	---

Multiplex PCR

Respiratorisch (Bakteriell) (Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Legionella pneumophila, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Bordetella pertussis + parapertussis)

Respiratorisch (Viral) (Influenza A + B + H1N1, RSV, Boca-, Metapneumo-, Adeno-, Entero-/Rhinovirus, Parainfluenza 1-4)

sex. übertragbare Erreger STI 1 (Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis, Trichomonas vaginalis, Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum) ⚡

sex. übertragbare Erreger STI 2 (HSV Typ 1, HSV Typ 2, CMV, VZV, Chlamydia trachomatis Serovar L -LGV, Treponema pallidum, Haemophilus ducreyi) ⚡

Weitere, nicht aufgeführte Untersuchungen:

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 Rechtsanwalts-gesellschaft 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>.

