



Überweisungsschein für Laboratoriums-untersuchungen als Auftragsleistung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

SSW

§ 116b SGB V eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängerregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose



0025 9316 00

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (10.2020)

aescuLabor Hamburg

Monitoring ja nein **Bekannter Patient** ja nein **Patient unter Therapie** ja nein

Seltene Erkrankungen | Mannosidose

© amedes 06/2021 | Nachdruck verboten | SAP-Nr. 570833

Wenn ja, welche: _____

Primärdiagnostik

- Stufendiagnostik MPS-Panel+α-Mannosidose**
Typ I, II, IIIB, IVA, VI, VII
α-L-Iduronidase, Iduronat-2-Sulfatase, α-N-Acetylglukoseamidase, N-Acetylgalaktosamin-6-Sulfat-Sulfatase, N-Acetylgalactosamin-4-Sulfat-Sulfatase, β-Glukuronidase, α-Mannosidase
- α-Mannosidose** (Enzymatik + Genetik) α-Mannosidase
- α-Mannosidose** (Enzymatik) α-Mannosidase

Erklärung nach Gendiagnostikgesetz:
Im Falle eines auffälligen Laborbefundes wünsche ich eine genetische Bestätigungsdiagnostik. Die unterschriebene Aufklärung nach Gendiagnostikgesetz schicke ich mit. **1**

Einverständniserklärung zur genetischen Diagnostik
Die angeforderten Analysen unterliegen dem Gendiagnostik-Gesetz. Nach einer ausführlichen Aufklärung/Beratung stimme ich der von mir gewünschten genetischen Untersuchung sowie ggf. der Probenentnahme auf Grundlage des Gendiagnostik-Gesetzes zu. Mit der Aufbewahrung der Probe und der Untersuchungsergebnisse innerhalb der gesetzlichen Vorgaben bzw. je nach diagnostischer Notwendigkeit bin ich einverstanden. Wenn ich eine von gesetzlichen Vorgaben abweichende Regelung wünsche, kann ich dieses jederzeit mitteilen. Ich bin ausführlich darauf hingewiesen worden, dass ich sowohl mit meiner/m Ärztin/Arzt das Ergebnis und das weitere Vorgehen besprechen als auch eine genetische Beratungsstelle in Anspruch nehmen kann. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit bis zur Entscheidung für die genetische Untersuchung.

Unterschrift Patient:in | Erziehungsberechtigte:r

2

Probenmaterial:
Trockenblutkarte
(mind. 3 Spots)

