

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

## Anforderungsschein für Untersuchungen bei Kinderwunsch

# laborkrone

Siemensstraße 40    Tel. 05222 8076-0  
32105 Bad Salzuflen    www.laborkrone.de

Tel. **05222 8076-565**  
Web **kinderwunsch.laborkrone.de**



Abnahmedatum	Abnahmezeit

- |                                   |                                     |                                  |  |  |
|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich   | <input type="checkbox"/> Telefon | <input type="checkbox"/> Privat-Rechnung an Patient/in | <input type="checkbox"/> Befundkopie an Patient/in |
| <input type="checkbox"/> divers   | <input type="checkbox"/> unbestimmt | <input type="checkbox"/> Fax     | <input type="checkbox"/> IGeL-Rechnung an Patient/in   | <input type="checkbox"/> Nachanforderung           |

### Klinische Angaben / Anamnese

### Aktuelle Medikation

.....

.....

.....

Zyklustag	<input type="text"/>	Körpergröße [cm]	<input type="text"/>	Körpergewicht [kg]	<input type="text"/>
-----------	----------------------	------------------	----------------------	--------------------	----------------------

### Diagnostische Profile

<input type="checkbox"/> <b>Immunologie 1 (Erstuntersuchung)</b> <span style="background-color: #ccc; padding: 2px;">S</span> <span style="background-color: #f08080; padding: 2px;">E</span> Immunstatus groß, regulatorische T-Zellen, chronische Aktivierungsmarker, löslicher IL-2-Rezeptor, Interleukin-10, IgE, ANA, Rheumafaktor, Vitamin D3	<input type="checkbox"/> <b>Gerinnungsstörung 1</b> <span style="background-color: #ccc; padding: 2px;">S</span> <span style="background-color: #90ee90; padding: 2px;">C</span> Quick, INR, PTT, APCR, Faktor-XIII-Aktivität, Protein-C-Aktivität, Protein S frei, Antithrombin-Aktivität, Lupus-Antikoagulanz, Cardiolipin-Antikörper, Lipoprotein [a]
<input type="checkbox"/> <b>Immunologie 2 (Verlaufskontrolle)</b> <span style="background-color: #f08080; padding: 2px;">E</span> Immunstatus groß, regulatorische T-Zellen, chronische Aktivierungsmarker	<input type="checkbox"/> <b>Gerinnungsstörung 2</b> <span style="background-color: #f08080; padding: 2px;">E</span> Faktor-II-Genmutation, Faktor-V-Genmutation
<input type="checkbox"/> <b>Eisenhaushalt</b> <span style="background-color: #ccc; padding: 2px;">S</span> Ferritin, Transferrin-Rezeptor löslich, Ferritin-Index	<input type="checkbox"/> <b>weitere Anforderungen:</b> ..... .....
<input type="checkbox"/> <b>Spermiogramm</b>	

Material: S Serum, bei Postversand gefroren    E EDTA-Blut (frisch)    C Citratblut (auf richtige Befüllung achten)



## Datenschutzhinweise

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die IMEDAC GmbH, Siemensstraße 40, 32105 Bad Salzuflen, welche im Auftrag für verschiedene Labore handelt. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter [datenschutz@imedac.de](mailto:datenschutz@imedac.de). Die Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung Ihrer Daten sind die Erfüllung von Verträgen, die Wahrung des berechtigten Interesses, Ihre Einwilligung sowie die Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen. Die Datenverarbeitung erfolgt zur Erbringung der angeforderten Laboranalysen bei den Auftragslaboren. Verarbeitet werden u. a. personenbezogene Daten wie Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift, Krankenversicherungsdaten, Abrechnungsart, ggf. Bankverbindung, anamnestische Daten, (Verdachts-) Diagnose sowie zu untersuchende Parameter, die uns übermittelt werden. Wir erhalten Ihre Daten über den von Arzt/Klinik/Labor übersandten Laboranforderungsschein mit den entsprechenden Angaben. Es gelten gesetzliche Aufbewahrungsfristen für die Speicherung Ihrer Daten (mind. 10 Jahre). Wenn Sie von Ihrem Recht auf Auskunft/Löschung/Berichtigung/Widerspruch/Einschränkung der Verarbeitung Gebrauch machen möchten, kontaktieren Sie uns bitte ([datenschutz@imedac.de](mailto:datenschutz@imedac.de)). Einwilligungen können jederzeit mit zukünftiger Wirkung widerrufen werden. Sie haben darüber hinaus ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde. Alle Details zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten und Pflichten sowie eine Liste unserer Auftragslabore entnehmen Sie bitte der detaillierten Datenschutzerklärung auf unserer Webseite: <https://www.imedac.de/datenschutzerklaerung/>

## IGeL

### **Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (IGeL)**

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich die umseitig angeforderte(n), privatärztliche(n) Laboranalyse(n) in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte(n) ärztliche(n) Leistung(en) in meinem Fall nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird/werden. Ich werde die Kosten (Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte [GOÄ] nach aktuellem Stand) selbst tragen. Gleiches gilt für die bei meinem behandelnden Arzt anfallenden Kosten. Mir ist ferner bekannt, dass für meine Krankenkasse keine Verpflichtung besteht, die Kosten ganz oder anteilig zu übernehmen.

---

Datum

---

Unterschrift der Patientin / des Patienten