

Begleitinformation zur Untersuchung bei Kinderwunsch

laborkrone

MVZ Labor Krone GmbH
Siemensstraße 40
32105 Bad Salzuflen

Tel. 05222 8076-565
kinderwunsch.laborkrone.de
immunologie@laborkrone.de

Für die Anforderung der aufgeführten Profile
benötigen wir einen
Überweisungsschein Muster 10 bzw. Belegtyp 06

Patientendaten

.....
Vor- und Nachname

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

schwanger SSW/SST

W	W	T
---	---	---

Abnahmedatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Embryotransfer am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Abnahmezeit

	:		
--	---	--	--

 Uhr

Klinische Angaben / Anamnese

Aktuelle Medikation

Diagnostische Profile

Immunologie 1 (Erstuntersuchung)

3 × S 2 × E 2 × C

Immunstatus groß, regulatorische T-Zellen, chronische Aktivierungsmarker, löslicher IL-2-Rezeptor, Interleukin-10, Interleukin-1-beta, TNF-alpha, Immunglobuline inkl. IgE, IgG-Subklassen, Rheumafaktor, ANA, Vitamin D3, Transglutaminase-Antikörper, Gliadin-Antikörper, CMV-PCR, CMV-Antikörper, EBV-PCR, SARS-CoV-2-Antikörper, Parvovirus-B19-Antikörper, Chlamydia-trachomatis-Antikörper, Ferritin, Transferrin-Rezeptor löslich, Ferritin-Index, Immunfixation, Schilddrüsen-Antikörper, TSH, FT3, FT4, Parathormon, Calcium, Quick, INR, PTT, APCR, Faktor-XIII-Aktivität, Protein-C-Aktivität, Protein S frei, Antithrombin-Aktivität, Lupus-Antikoagulanz, Cardiolipin-Antikörper, Lipoprotein [a], Folsäure, Vitamin B12

Immunologie 2 (Verlaufskontrolle)

1 × S 1 × E

Immunstatus groß, regulatorische T-Zellen, chronische Aktivierungsmarker, löslicher IL-2-Rezeptor, GOT, GPT, Gamma-GT, Lipase

Gerinnungsstörung

1 × S 1 × E

Faktor-II-Genmutation, Faktor-V-Genmutation

Diese Analyse kann nur mit Unterschrift des behandelnden Arztes / der Ärztin und der Patientin auf der umseitigen Einwilligung nach GenDG durchgeführt werden.

Diagnostik des Mikrobioms (Immunsystem im Darm)

1 × ST

Material: S Serum (frisch) E EDTA-Blut (frisch) C Citratblut (frisch) – auf richtige Befüllung achten ST Stuhlprobe



Einwilligung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich wurde über Art, Zweck, Umfang und Bedeutung sowie Grenzen der angeforderten genetischen Untersuchungen umfassend aufgeklärt. Mit dieser Einverständniserklärung bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ausreichender Bedenkzeit gemäß Gendiagnostikgesetz mein Einverständnis für diese Diagnostik und die dafür notwendige Probenentnahme. Ich bin mit der Befundübermittlung an die anfordernde Ärztin/Arzt und die von mir angegebenen Ärztinnen/Ärzte einverstanden.

Ich erkläre mich einverstanden mit:

Der **Weiterleitung des Untersuchungsauftrages** bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor nein

Der **Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse** über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus nein

Der **Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials** für mögliche spätere Untersuchungen nein

Der **Verwendung des Untersuchungsmaterials** für Qualitätssicherung und wissenschaftliche Zwecke nein

Der **Verwendung der Untersuchungsergebnisse** für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern nein

Aufklärung zu Zusatzbefunden

In seltenen Fällen können medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht unmittelbar angefordert wurden, jedoch im Zusammenhang mit der übergeordneten Fragestellung stehen könnten. Ich wünsche die Mitteilung dieser fragestellungsbezogenen Zusatzbefunde.

ja nein

Vereinzelte können zufällig medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die unabhängig von der Fragestellung sind, jedoch nach aktuellem Kenntnisstand eine Behandlungskonsequenz für mich und meine Familie haben (in Anlehnung an die Empfehlung der ACMG). Ich wünsche die Mitteilung solcher fragestellungsunabhängigen Nebenbefunde (Zufallsbefund).

ja nein

Diese Einwilligungserklärung gemäß GenDG gilt für mich bzw. stellvertretend für mein Kind und kann jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen werden.

Name, Vorname aufklärende(r) Ärztin/Arzt

Unterschrift aufklärende(r) Ärztin/Arzt*

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)/gesetzlicher Vertreter(in)

* Im Fall einer **prädiktiven Diagnostik** bestätige ich als beauftragende(r) Ärztin/Arzt, dass ich die gemäß GenDG notwendige Qualifikation aufweise.

Datenschutzhinweise

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die MVZ Labor Krone GmbH, Siemensstraße 40, 32105 Bad Salzuflen. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter datenschutz@laborkrone.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. 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 übersandte Laboranforderungsschein mit den entsprechenden Angaben. Es gelten gesetzliche Aufbewahrungsfristen für die Speicherung Ihrer Daten (mindestens 10 Jahre). Wenn Sie von Ihrem Recht auf Auskunft/Löschung/Berichtigung/Widerspruch/Einschränkung der Verarbeitung Gebrauch machen möchten, kontaktieren Sie uns bitte (datenschutz@laborkrone.de). Einwilligungen können jederzeit mit zukünftiger Wirkung widerrufen werden. Sie haben darüber hinaus ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde. Alle Details zur Datenverarbeitung, zu Ihren Rechten und Pflichten entnehmen Sie bitte der detaillierten Datenschutzerklärung auf unserer Webseite: <https://www.laborkrone.de/datenschutzerklaerung/>