

Name, Vorname, Adresse des Patienten	
	geb.am



CTK-Poliklinik
GmbH (MVZ)

Der Gesundheits-Campus

IGeL-Untersuchungen Vorsorge

Barcode

Klinische Fragestellung/Hinweise

Entnahmedatum: _____ Männlich Größe: _____
 Uhrzeit _____ Weiblich Gewicht: _____

Datum 1. Beratung _____
 Datum 2. Beratung (vorgesehen) _____

Unterschrift / Stempel überweisender Arzt

	Material	€
<input type="checkbox"/>	Vitamin D	S 27,98
<input type="checkbox"/>	Osteoporose-Check (Vitamin D, Calcium, Phosphat, β-CrossLaps (CTX))	S 60,62
<input type="checkbox"/>	Rheuma-Check (Gr. Blutbild, CRP, Rheumafaktor, Anti-CCP, ANA, HLA-B27*, Antistreptolysin-AK)	S, 2x E 153,30 *EV
	Thrombophilie-Diagnostik	
<input type="checkbox"/>	1) Übersichtstest (kl. Blutbild, aPTT, Quick, Fibrinogen, D-Dimere)	E, C 36,13
<input type="checkbox"/>	2) angeb./ erworb. Thrombophilie (PTT, TZ, FV-Leiden*, Prothrombin-Genmutation*, AT, Prot C und S, APC, F VIII)	C, E 292,01 *EV
<input type="checkbox"/>	3) Phospholipid-Syndrom (aPTT, Lupus-Antikoag., Anti-Cardiolipin IgG/IgM, Anti-β2-Glycoprotein IgG/IgM)	C, S 115,99
<input type="checkbox"/>	Zöliakie (Gliadin-AK IgG/IgA, Gewebstransglutaminase-AK IgG/IgM)	S 104,92

Ärztliche Leistungen	GOÄ	€
<input type="checkbox"/>	Blutentnahme	250 4,20
<input type="checkbox"/>	Eingangsberatung	1 10,72
<input type="checkbox"/>	Abschlussberatung	1 10,72
<input type="checkbox"/>	Eingehende Beratung	3 20,11
<input type="checkbox"/>	Entnahme von Abstrichmaterial	298 5,36

Einwilligung

Mir ist bekannt, dass ich die benannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen habe und gegenüber meiner gesetzlichen Krankenversicherung keinerlei Anspruch auf Kostenerstattung besteht. Ich wünsche ausdrücklich diese Leistung. Mit ist bekannt, dass die Rechnungslegung durch die CTK-Poliklinik direkt an mich erfolgen wird.

Ich bin damit einverstanden, dass erforderlichen Daten wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach den Gebührenordnungen (GOÄ/GOZ) und dazugehörige Diagnosen zum Zwecke der Abrechnung der IGeL-Leistungen übermittelt werden.

Die Einwilligung zur Datenübermittlung ist freiwillig. Sofern keine Einwilligung zur Datenübermittlung erteilt wird, entstehen hieraus keine Nachteile.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung zur Datenübermittlung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung statt. Diese Widerrufserklärung ist an die CTK-Poliklinik zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Datum, Unterschrift des Patienten:

Einverständniserklärung für genetische Untersuchungen gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Patient, Einsender

Klinische Fragestellung / Hinweise / gewünschte Untersuchung

Einverständnis des Patienten / der Patientin / des (gesetzlichen) Vertreters zur Durchführung der oben genannten genetischen Analyse(n) (gemäß GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung!)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung mein Einverständnis mit der/n geplanten genetischen Analyse(n) und der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahme.

Ich bin darüber informiert worden, dass die bereits erteilte Einwilligung jederzeit mündlich oder schriftlich der verantwortlichen ärztlichen Person gegenüber widerrufen werden kann.

Den gesetzlichen Vorschriften folgend, soll das verbleibende Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchungen vernichtet werden. Aus Gründen der Qualitätssicherung ist es jedoch wünschenswert, verbleibendes Untersuchungsmaterial aufzubewahren. In verschlüsselter / anonymisierter Form dient dieses Material zur Prüfung der Qualität unserer Untersuchungsverfahren. Auch aus Gründen der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse bzw. für weitere erforderliche Untersuchungen, kann es sinnvoll sein, das verbleibende Material aufzubewahren.

Ich bin damit einverstanden, dass mein verbleibendes Untersuchungsmaterial länger als gesetzlich vorgeschrieben aufbewahrt werden darf.

JA

NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse auch in elektronischer Form gespeichert werden.

JA

NEIN

Die Ergebnisse der Untersuchungen dürfen länger als – den gesetzlichen Vorgaben entsprechend - 10 Jahre aufgehoben werden, damit sie ggf. mir und meiner Familie auch länger zur Verfügung stehen.

JA

NEIN

Hiermit erteile ich meine Zustimmung, dass mir das Untersuchungsergebnis neben der verantwortlichen ärztlichen Person, auch durch weitere, in gleicher Weise kompetente ärztliche Personen des CTK mitgeteilt werden kann, wenn andernfalls eine Verzögerung bei der Ergebnismitteilung eintreten würde, die für mich unzumutbar oder mit medizinischen Nachteilen verbunden wäre oder die verantwortliche ärztliche Person zum Zeitpunkt der Ergebnisvorlage nicht mehr im CTK beschäftigt ist. Aus denselben Gründen erteile ich dem Labor die Erlaubnis, dass das Untersuchungsergebnis auch den vertretenden Ärzten mitgeteilt werden kann. Weiterhin gestatte ich, daß die Ergebnisse dieser Untersuchung meinem Hausarzt, Kinderarzt oder dem einweisenden Arzt schriftlich mitgeteilt werden.

JA

NEIN

Datum

Unterschrift des/r Patienten/in bzw.
des (gesetzlichen) Vertreters

Stempel / Unterschrift des
einsendenden Arztes