

Name, Vorname, Adresse des Patienten
geb.am



CTK-Poliklinik

WIR GEBEN MENSCHEN ZUKUNFT

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

Ärztliche Leistungen	GOÄ	€
☐ Blutentnahme	250	4,20
☐ Eingangsberatung	1	10,72
☐ Abschlussberatung	1	10,72
☐ Eingehende Beratung	3	20,11
☐ 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:



Anforderungsbogen genetische Untersuchungen gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Patient, Einsender

Arbeitsbereich Molekulare und ZytoGenetik

Kontakt: 0355 46 2166 (Mo – Fr: 8:00 - 15:00 Uhr)

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.

Meine freiwillig erteilte Einwilligung kann jederzeit mündlich oder schriftlich der verantwortlichen ärztlichen Person gegenüber widerrufen werden.

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. Die vorgesehene Aufbewahrungsfrist beträgt 10 Jahre.

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. Die vorgesehene Aufbewahrungsfrist beträgt 30 Jahre.

JA ☐

NEIN ☐

Das Untersuchungsergebnis wird, wie gesetzlich vorgeschrieben, vom Labor an den verantwortlichen Arzt (Einsender) übermittelt.

Datum

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

Stempel / Unterschrift des
einsendenden Arztes