

Patientendaten		
Name, Vorname, Anschrift Patient/Patientin:		
Telefonnummer:		
Geb.-datum:		
Geschlecht:	m ☐	w ☐ d ☐
Größe in cm:	Gewicht in kg:	SSW:
Abnahmedatum:		
Abnahmedatum:		Uhrzeit: __: __

Barcode-Etikett hier aufkleben

Praxisstempel



**Zentrum
für Diagnostik
GmbH**

Ein Unternehmen der
Klinikum Chemnitz gGmbH

Zentrum für Diagnostik GmbH am Klinikum Chemnitz
 MVZ Flemmingstraße 2
 Flemmingstr. 2, 09116 Chemnitz
 Tel.: 0371 – 333 33403
 Fax: 0371 – 333 33430
 Mail: mvz@laborchemnitz.de
 Web: www.laborchemnitz.de

Anamnese:
 klinische Angaben, Verdachtsdiagnose:

Medikamente (Name/Dosierung):

Ernährungsgewohnheiten:
☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan

Anforderungsbogen 2

Profile

IGeL / Selbstzahler

Profil	Mat.	Preis
Gesundheitscheck		79,76 €
großes BB*, ALAT, ASAT, Gamma-GT, AP, Bilirubin gesamt, Kreatinin (inkl. eGFR), Harnstoff, Harnsäure, TSH, Kalium, Natrium, Calcium, Magnesium, Nüchtern-Glukose, HbA1c, Triglyceride, Gesamt-, LDL-, HDL-Cholesterin	2x E 1x FC 1x S	
Leberfunktions- und Galle-Check		34,85 €
ALAT, ASAT, Gamma-GT, AP, Bilirubin gesamt, Cholinesterase, Eiweißelektrophorese, Gesamteiweiß, Quick-Wert	1x S 1x C	
Nieren-Check		30,49 €
Kreatinin (inkl. eGFR), Harnstoff, Harnsäure, Kalium, Natrium, Calcium, Urinstatus, Urinsediment, Albumin im Urin	1x S 2x UM	
Diabetes-Risiko-Check		36,87 €
HOMA-Index (Nüchtern-Glukose, Nüchtern-Insulin), HbA1c, kleines BB	1x FC 1x S 2x E	

Ärztliche Leistungen	GOÄ	Euro
Blutentnahme	250	4,20
Eingangsberatung < 10 min	1	10,72
Abstrich f. Mikrobiologie	298	5,36 €
Abrechnung erfolgt über den anfordernden Arzt selbst		

Profil	Mat.	Preis
Lipid-Check		30,83 €
Gesamt-, LDL-, HDL- und Non-HDL-Cholesterin, Triglyceride, Lipoprot. (a)	1x S	
Arteriosklerose-Risiko-Check		90,50 €
Kleines BB, HbA1c, Harnsäure, CRP, Gesamt-, LDL-, HDL- und Non-HDL-Cholesterin, Triglyceride, Nüchtern-Glukose, Homocystein, Lipoprotein (a), Fibrinogen	3x E 1x FC 1x S 1x C	
Eisenmangel-Check		55,65 €
Kleines BB, Retikulozyten (+ RPI), CRP, Ferritin, lösl. TfR, Ferritin-Index	1x E 1x S	
Vitamin-Basis-Check		65,70 €
Vitamin D, Vitamin B12, Folsäure	1x S	
großer Vitamin-Check		205,78 €
Vitamin B1, Vitamin B6, Holotranscobalamin, Folsäure, Vitamin D, Vitamin A, Vitamin E	1x S 1x S* 1x E	

Material-Hinweise: S = Serum / S* = Serum (Monovette ohne Trenngel) / E = EDTA / C = Citrat / FC = Citrat/Fluorid/EDTA (GlucoEXACT) / SV = Sedivette / UM = Mittelstrahlurin / SP = Spezial-Stuhlröhrchen / ber. = berechnet / s. EP = s. Einzelparameter
 * = bei bestimmten Auffälligkeiten mikroskopisches Differentialblutbild mit Folgekosten erforderlich

Profil	Mat.	Preis
Spurenelemente-Check		36,21 €
Zink, Selen, Kupfer	1x S	
Nährstoff-Check Vegetarier/Veganer		172,31 €
Kleines BB, Ferritin, lösl. Tfr, CRP, Ferritin-Index, Holotranscobalamin, Folsäure, Vitamin D, Calcium, Albumin, Gesamteiweiß, Zink, Selen	1x E 2x S	
Check Zyklusstörungen/Amenorrhöe/KiWu		229,24 €
LH, FSH, LH/FSH-Quotient, Östradiol, Testosteron, Androstendion, DHEA-S, Prolaktin, AMH, TSH	2x S	
Check Androgenisierung/PMOS		138,74 €
Testosteron, SHBG, freier Androgen- index, Androstendion, DHEA-S, 17-OH- Progesteron	2x S	
Check Peri-/Postmenopause		40,22 €
FSH, Östradiol	1x S	
Hormon-Check Mann		136,07 €
Testosteron, SHBG, Albumin, freies Testosteron, LH, FSH, LH/FSH-Quotient, Östradiol, Prolaktin	2x S	
Knochengesundheits-Check		162,91 €
großes BB*, Kreatinin (inkl. eGFR), Natrium, CRP, BSG, Eiweißelektro- phorese, Gesamteiweiß, TSH, Calcium, Phosphat, Vitamin D, Parathormon, AP, knochenspezif. AP (Ostase)	2x E 1x SV 2x S	

Profil	Mat.	Preis
Rheumatoide Arthritis-Check		63,68 €
Großes BB*, CRP, BSG, Rheumafaktor, CCP-AK	1x E 1x SV 1x S	
Verdauungs-Check		102,55 €
Transglutaminase-IgA-AK, Gesamt-IgA, Calprotectin und Pankreas-Elastase im Stuhl	1x S 1x SP	
Blutgruppe und Antikörpersuchtest		
AB0-BG, Rhesusfaktor RhD, Antikörpersuchtest* u. Nothilfepass	1x E (4,9 ml)	33,52 €
AB0-BG, Rhesusformel, Kell, Antikörpersuchtest* u. Nothilfepass	1x E (4,9 ml)	60,33 €
* bei positivem Ergebnis entstehen Folgekosten durch weitere Untersuchungen		
Drogen-Check		69,72 €
Kreatinin, Cannabinoide (z.B. THC, HHC) Amphetamine (z.B. Crystal Meth, Speed, Ecstasy), Kokain und Kokainabbauprodukte, Opiate (z.B. Morphin, Heroin, Hydromorphon)	UM	
Borreliose-Check		46,92 €
Borrelien-Antikörper IgG + IgM*	1x S	
* bei positivem Ergebnis Bestätigungstest mit Folgekosten möglich		
Ergänzende Einzelparameter:		

Einverständniserklärung und wirtschaftliche Aufklärung gemäß § 630c, Abs. 3 BGB:

Ich wünsche die Durchführung der oben angeforderten Laboruntersuchungen als individuelle Gesundheitsleistungen bzw. als privat veranlasste Laborleistungen. Ich wurde vor Durchführung der Untersuchungen darüber aufgeklärt, dass diese Leistungen unter den vorliegenden Umständen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören und ich gegenüber meiner Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenbeteiligung habe. Soweit einzelne Untersuchungen bei Vorliegen best. medizinischer Voraussetzungen grundsätzlich Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sein können, wünsche ich deren Durchführung ausdrücklich als Selbstzahlerleistung auf eigene Kosten.

Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die voraussichtlich entstehenden Kosten wurden mir erläutert bzw. können auf Wunsch vorab mitgeteilt werden. Mir ist bekannt, dass bei bestimmten Untersuchungen aus fachlichen Gründen zusätzliche Kosten für Folge- und Bestätigungsuntersuchungen entstehen können, die ebenfalls nach GOÄ berechnet werden. Soweit Untersuchungen durch ein beauftragtes Partnerlabor durchgeführt werden, bin ich mit der hierfür notwendigen Übermittlung meiner personenbezogenen und medizinischen Daten einverstanden. Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt separat durch das beauftragte Labor.

Ich wurde hierüber von meinem Arzt/Therapeuten bzw. meiner Ärztin/Therapeutin informiert und werde die Kosten der angeforderten Laborleistungen selbst tragen.

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung:

Die Verarbeitung personenbezogener Daten, insbesondere von Gesundheitsdaten wie Anamnese, Diagnosen, Befunden und Therapieempfehlungen, erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben unter Beachtung der DSGVO und des BDSG, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten (ärztliche Dokumentation, Erstellung von Befunden, Arztbriefen, Abrechnung erbrachter Leistungen mit Kostenträgern, Abrechnungsstellen oder dem Patienten) zu erfüllen. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (z. B. andere Ärzte/Labore, Krankenkassen, kassenärztliche Vereinigungen, privatärztliche Verrechnungsstellen), wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der weiteren Leistungserbringung durch Partnerlabore (s. oben) und der Abrechnung der erbrachten Leistungen. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, ihre Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, z. B. 30 Jahre für blutgruppenserologische Befunde. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten und können auch die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Ich bin damit einverstanden, dass die Zentrum für Diagnostik GmbH einschließlich des zugehörigen MVZ, meine personenbezogenen Daten zu o. g. Zwecken verarbeitet. Ich kann diese Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung jederzeit widerrufen (schriftl. Widerruf an: Zentrum für Diagnostik GmbH, Flemmingstr. 2, 09116 Chemnitz).

Für Mitarbeiter der Klinikum Chemnitz GmbH inkl. Tochtergesellschaften:

☐ Ich wünsche ausdrücklich keine ärztliche Beratung (vor Beauftragung o. g. Leistungen).

Ort, Datum Unterschrift Patient/in, Erziehungsberechtigte(r) bei Kindern (zusätzl. Vor- u. Nachname in Blockschrift)
Mit der Unterschrift wird die Korrektheit der Patientendaten auf der Vorderseite bestätigt.

Material-Hinweise: S = Serum / S* = Serum (Monovette ohne Trenngel) / E = EDTA / C = Citrat / FC = Citrat/Fluorid/EDTA (GlucoEXACT) /
SV = Sedivette / UM = Mittelstrahlurin / SP = Spezial-Stuhlröhrchen / ber. = berechnet / s. EP = s. Einzelparameter /
* = bei bestimmten Auffälligkeiten mikroskopisches Differentialblutbild mit Folgekosten erforderlich