LABOR HEIDRICH & KOLLEGEN

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

Auftragsnummer des Labors
Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Pflichtangaben: Anzahl der Feten: ☐

Abnahmedatum T T M M J J | Abnahmezeit h h m m | SSW ☐☐ ab SSW 11+0 möglich

Hinweis: Bitte dieses Dokument dem Untersuchungsauftrag, z.B. Muster 10, beilegen.
Die Probe muss vollständig mit Vor - und Nachname sowie Geburtsdatum beschriftet werden, ansonsten ist keine Bearbeitung möglich.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG GEMÄSS GENDIAGNOSTIK-GESETZ

nicht-invasive Bestimmung des fetalen **Rh-Faktors** aus maternalem Blut zur gezielten Rh-Prophylaxe

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Hiermit erteile ich mein Einverständnis für die Durchführung der oben genannten Untersuchung sowie zur Probenentnahme. Über Zweck, Art, Umfang, und Aussagekraft dieser Untersuchung wurde ich von meinem Arzt hinreichend informiert. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung bis zum Zeitpunkt der Untersuchung jederzeit widerrufen kann. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Befundmitteilung durch das Labor direkt an den Patienten nicht zulässig ist.

Ich bin damit einverstanden, dass das Ergebnis der Untersuchung in meinem Mutterpass dokumentiert wird. **Alternativ: Nicht einverstanden** ☐

Nachdem die nachfolgenden Fragen mit Ihnen erörtert wurden, beantworten Sie bitte diese durch Ankreuzen mit ja oder nein:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. Nachforderungen im Labor aufbewahrt werden. ☐ ja ☐ nein

Ich bin damit einverstanden, dass anonymisiertes Probenmaterial und Ergebnisse zum Zwecke der internen Qualitätssicherung verwendet wird ☐ ja ☐ nein

Ich bin damit einverstanden, dass folgende(r) weitere(r) Ärztin/ Arzt ebenfalls eine Befundmitteilung erhält. _____ ☐ ja ☐ nein
Name Arzt/Ärztin

Ich bin damit einverstanden, dass mein Befund in meine persönliche elektronische Patientenakte (ePA) hochgeladen wird. Damit wird der Befund für andere Ärztinnen und Ärzte sowie Zugehörige anderer Heilberufe einsehbar. Ich kann aber jederzeit den Befund über meine ePA-App verbergen. ☐ ja ☐ nein

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass mir die Analyse bei Selbstzahlerleistung und bei Mehrlingsschwangerschaften mit 134,07 Euro in Rechnung gestellt wird. Zudem wurde ich darauf hingewiesen, dass mir bei Widerruf die entstandenen Kosten nur bis zum Zeitpunkt des Widerrufs in Rechnung gestellt werden.

_____
Ort, Datum

_____ _____
Unterschrift der Patientin / Unterschrift des /der Betreuer/in | Unterschrift / Stempel Arzt/Ärztin

Ein/LA 10_01_26 · pdf

Labor Dr. Heidrich & Kollegen MVZ GmbH · Klinikweg 23 · 22081 Hamburg · Tel.: (040) 9707999-0 · Fax: (040) 9707999-99
Geschäftsführer: Dr. med. Jens Heidrich · Amtsgericht Hamburg · HRB 107437 · Steuernummer 43/739/00392
Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank · BIC: DAAEDEDDXXX · IBAN: DE37 3006 0601 0007 9724 07